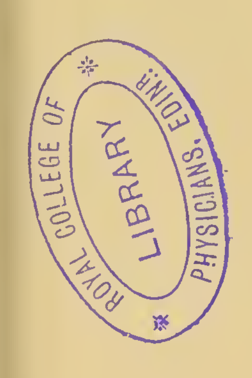
ÜBER

LUES CONGENITA TARDA.

VON

Dr. J. RABL
DIRIGIRENDER ARZT DES KAISERIN ELISABETH-KINDER-SPITALES UND DES ARMENBADSPITALES, LANDESBADEARZT VON BAD HALL ETC.





LEIPZIG UND WIEN.
TOEPLITZ & DEUTICKE.
1887.



INHALT.



Vorbemerkung.

Die Lues congenita tarda wurde auf dem Congresse für interne Medicin zu Wiesbaden 1886, wo über die Syphilistherapie eingehend verhandelt wurde, von mir zum Gegenstande eines kurzen Vortrages genommen, worin ich mich auf meine Erfahrungen darüber stützte. Seither sind mir nicht nur nicht wenige neue Fälle zugewachsen, sondern auch bezüglich einiger der früheren manche neue anamnestische Details bekannt geworden. Daher kommt es, dass manche Angaben dieser Arbeit von denen jenes Vortrages hin und wieder abweichen.

Ich beabsichtige mit derselben nicht, eine Monographie über Lues congenita tarda zu schreiben, sondern möchte nur eine Uebersicht meiner Beobachtungen geben und die Folgerungen ziehen, die sich mir aus diesen zu ergeben scheinen. Dabei habe ich mich streng auf das Materiale meiner eigenen Beobachtung beschränkt, wie es mir in Bad Hall, wohin so viele Scrophulöse und Syphilitische kommen, im Laufe der Jahre zufloss. Es ist relativ bedeutend, denn es umfasst 127 Fälle, die hier verwerthet wurden; leider habe ich erst relativ spät meine Aufmerksamkeit diesem Gebiete zugewendet und daher in früheren Jahren nur die auffälligsten und zweifellosen Fälle mit dieser Diagnose notirt. Dass dieses Leiden aber viel öfter vorkommt, als man gemeinhin glaubt, geht daraus hervor, dass mir im abgelaufenen Jahre allein 16 neue Fälle, d. i. 1·50 Procent meiner Kranken mit Lues congenita tarda sensu strictiori zugewachsen sind.

Ich nehme nicht Anstand, einzugestehen, dass jene 127 Fälle nicht durchaus gleichwerthig sind, theils aus den Gründen, die

ich bezüglich des Werthes des statistischen Materiales über diese Krankheit später anführen werde, theils darum, weil ich nicht über alle Fälle gleich ausführliche Daten besitze. Daher finden sich neben genaueren Mittheilungen manchmal ganz kurze Notizen. Wenn man aber die Thätigkeit eines beschäftigten Badearztes berücksichtigt, dessen Wirken sich nicht am Brunnen abspielen kann, sondern wegen der Art seiner Kranken sehr oft ein persönliches Zugreifen erfordert, und der zugleich ein Spitalsmateriale von 100 bis 120 Kranken zu bewältigen hat, so erklärt sich leicht, dass er bisweilen absolut ausser Stande ist, eingehende Aufschreibungen zu machen, besonders wenn sein Augenmerk nicht schon auf ein bestimmtes Ziel gerichtet ist. Gleichwohl darf ich versichern, dass die Fälle, die ich ohne genauere Notizen, aber auch ohne Fragezeichen in meinen Protokollen fand und hier anführe, gewiss auch hierher gehören. Fällen, in denen ich ungewiss bin, ob sie auch mit Sicherheit als Lues congenita tarda sensu strictiori angesehen werden dürfen, habe ich daher ein Fragezeichen vorgesetzt. Die zahlreichen, mitunter sehr interessanten Fälle von angeborener Spätsyphilis im weiteren Sinne, d. h. solche, von denen mir bekannt wurde, dass schon bei oder bald nach der Geburt verdächtige oder bestimmt erkannte Lueserscheinungen vorhanden gewesen seien, wurden hier nicht angeführt. Ich glaubte endlich, zu dieser Mittheilung umsomehr verpflichtet zu sein, als auch der Umstand, dass alle 127 Fälle von einem einzigen Beobachter herrühren, denselben einigen Werth verleihen dürfte.

A. Allgemeines.

Das interessante Gebiet der Lues congenita tarda hat in der jüngsten Zeit die besondere Aufmerksamkeit der Fachmänner auf sich gezogen, ohne dass die Forschung auf diesem Felde zum Abschlusse gelangt wäre. Wohl ist die Hauptfrage nach der Existenz der Lues congenita tarda in vollkommen befriedigender Weise gelöst — die Arbeiten von Hutchinson und Fournier bilden auch hier die Basis der gegenwärtigen Kenntnisse — und wir dürfen es aussprechen, dass der Einfluss der elterlichen Syphilis auf die Kinder vielleicht noch grösser ist, als man bisher glaubte, und dass wahrscheinlich mancher Fall für scrophulös oder tuberculös gehalten wird, der in Wahrheit luetischem Boden entsprossen ist. Auch ist es mir wahrscheinlich, dass Lues der Eltern nicht selten dort im Spiele ist, wo wir schwächliche oder scrophulöse Kinder eines kräftigen Elternpaares finden, trotzdem die günstigsten Lebensverhältnisse vorhanden sind, keine erbliche Belastung mit Tuberculose, kein acutes Exanthem, kurz keinerlei Ursache gefunden werden kann, der wir die Schwächlichkeit der Kinder und ihre Disposition zur Scrophulose und Tuberculose zur Last legen könnten. Es möge mir gestattet sein, ein Beispiel zu erzählen, das sich mir während der vorliegenden Arbeit darbot. — Vor sieben Jahren wurde mir in Bad Hall ein 15jähriges, zartes, hochaufgeschossenes, aber blühend aussehendes Mädchen vorgestellt, das an hochgradig entwickelter indolenter Drüsenschwellung der rechten Halsseite und an minder bedeutenden Schwellungen der linken oberen Hals- und Nackendrüsen litt. Das Mädchen hatte noch zehn Geschwister, die ebenso wie die Eltern gesund gewesen sein

sollen. Keine hereditäre Belastung, kein in den Wohnungs- oder Nahrungsverhältnissen gelegenes Moment, kein Nasen-Rachenkatarrh, kurz keinerlei Ursache war zu ergründen. Eine Haller Trink- und Badecur, bei welcher ich anfangs mit Rücksicht auf die begonnene Menstruationsentwicklung etwas vorsichtiger vorging, brachte Besserung. Ich wagte, da die Patientin trotz des Jodgebrauches an Körpergewicht und Fülle zunahm, späterhin grössere Jodmengen, und das Ergebniss war, dass nach zwei stets schwächeren Rückfällen im Laufe von drei Jahren alles normal war. Da kam im vergangenen Frühling in Wien ein Herr mit seiner 13jährigen Tochter zu mir, der sich als der Vater der oben erwähnten Patientin vorstellte. Das Töchterchen, das er jetzt brachte, hatte seit drei Monaten Schnupfen, Mittelohrkatarrh, Schwerhörigkeit und eine indolente Schwellung der oberen Hals- und Nackendrüsen, die aber schon im Herbste vorher, also vor den katarrhalischen Symptomen aufgetreten war. Es wäre mir nun, wenn die gegenwärtige Patientin allein gekommen und mir nicht als die Schwester ihrer Schwester vorgestellt worden wäre, nicht eingefallen, an etwas Anderes zu denken, als an gewöhnliche Scrophulose. Aber diese Uebereinstimmung bewog mich, den Vater ins Gebet zu nehmen. Von diesem erfuhr ich, dass er als ganz junger Mensch wohl einen Schanker und dann secundäre Syphilis gehabt habe, aber von Professor Sigmund erfolgreich behandelt und seiner Meinung nach vollständig geheilt worden sei. Er habe mit 23 Jahren geheiratet und bis jetzt — er ist 46 Jahre alt — 15 Kinder gezeugt, von denen nur vier an verschiedenen acuten Krankheiten starben; die übrigen seien, mit Ausnahme der zwei mir bekannten, vollständig gesund und auch er befinde sich ganz wohl. Ich begnügte mich nicht mit dieser Behauptung über seinen eigenen Gesundheitszustand, sondern untersuchte ihn genauer. Da fand ich am Nacken und an der behaarten Kopfhaut des Hinterhauptes ein deutliches gummöses Hautsyphilid und die vorderen Schienbeinkanten uneben, Spuren von Tophis zeigend. Der Patient hatte von diesen keine Kenntniss, sondern hielt die hin und wieder auftretenden Schmerzen in den Beinen für Folgen seiner Beschäftigung, die ihn stets auf den Füssen hielt. Nun wurde mir auch das Leiden der älteren Schwester klar und ich verweise auf den Fall 59 der Krankengeschichten, bei dem das äussere

Bild des Drüsenleidens gleich jenem war und die Aufklärung erst durch die Keratitis und die nun schärfere Untersuchung der Mutter gegeben wurde. Ich bin überzeugt, dass solche Fälle gar nicht sehr selten sind und halte dafür, dass immer, wenn sich derlei Drüsenschwellungen ohne jede erkennbare Ursache besonders in der Zeit der Geschlechtsreifung zeigen, auch in dieser Richtung nachgeforscht werden soll.

Kehren wir wieder auf das eigentliche Gebiet der Lues congenita tarda zurück. Darüber kann nur eine grosse Summe von guten Einzelbeobachtungen Licht verbreiten und die bisherige Statistik, zu der unter Anderen M. v. Zeissl im Jahre 1885 mit 103 fremden und 4 eigenen Fällen einen der letzten Beiträge geliefert hat, ist immer noch nicht beträchtlich genug.* Ich bin daher der Anregung meines verehrten Freundes, Herrn Professor Kundrat, sehr dankbar, der mir das höchst interessante Präparat eines Ende 1885 zur Amputation gelangten Falles von Lues congenita tibiae, den ich vor vielen Jahren mit der gleichen Diagnose im Haller Kinderspitale behandelte, zu zeigen die Güte hatte und dabei auf die Dürftigkeit der Literatur über diesen Gegenstand hinwies. Dadurch veranlasst, meine Protokolle und Notizen durchzustöbern, fand ich nicht weniger als 111 Fälle, zu denen seither noch 16 neue kamen, also im Ganzen 127 Fälle, die ich als Beitrag zur Lösung der bezüglichen Fragen mittheile.

Diese Fragen sind:

1. Gibt es eine Lues congenita tarda und von welchem Zeitpunkte des Lebens an dürfen wir die Lues congenita als tarda bezeichnen?

2. In welcher Weise kommt sie zur Erscheinung?

3. Hat das Geschlecht des syphilitischen Elterntheiles einen Einfluss auf die Zahl und die Form der Fälle?

4. Kommt sie in späteren Generationen noch zur Erscheinung, d. h. hat die angeborene Spätsyphilis der Eltern noch einen Einfluss und welchen auf deren Kinder? Und endlich

5. schützt sie vor syphilitischer Neuansteckung?

---

* Ich ziehe hier die zahlreichen Fälle von Hutchinson, Makenzie, Hermet, Fournier, Leplat, Höfler u. A. nicht in Rechnung, bei denen schon bei oder bald nach der Geburt Symptome von Lues vorhanden waren oder das zeitliche Moment überhaupt nicht berücksichtigt erscheint.

1. Die Hauptfrage nach der **Existenz der angeborenen Spätsyphilis** halte ich für endgiltig im bejahenden Sinne gelöst, wenn auch für den einzelnen Fall oft die Umstände nicht klar genug sind, um die Diagnose „tarda" mit absoluter Sicherheit zu stellen. Wir müssen ja die oft angeführte Möglichkeit zugeben, dass Syphiliserscheinungen bei der Geburt oder unmittelbar nachher übersehen wurden oder den Personen, die uns Auskunft ertheilen, unbekannt waren und die späteren Formen dann als Lues congenita tarda erklärt werden. Ich möchte einige Beispiele anführen: Ich behandelte einen Mann an einer angeblich durch Distorsion entstandenen Entzündung der Fusswurzel, die besonders am Würfelbeine lebhafter hervortrat. Während derselben wurde ihm ein Mädchen, das zweite Kind, geboren. Die Eheleute waren kräftig, ihr älteres Kind aber schwächlich, das neugeborene ebenfalls schwach. Als ich es sah, war es acht Tage alt, wurde von der Mutter gestillt und hatte nach Angabe derselben bereits zugenommen. Bei genauerer Besichtigung entdeckte ich leichte, aber deutliche Rhagaden an den Mundwinkeln und am After. Der Vater gab nun zu, Lues gehabt zu haben und bekam daher sogleich Jodkalium, welches seine Tarsitis rapid zur Heilung brachte. Beim Kinde wurden Sublimatbäder angewendet und ihm Jodkalium durch die Muttermilch beigebracht; es genas und blieb bisher gesund. Es ist sehr möglich, dass jene Rhagaden ohne meine Dazwischenkunft niemals entdeckt worden wären, da ja die Brustwarzen der Mutter durch das Saugen des luetischen Kindes nie erkranken und dieses trotz seiner Lues zu gedeihen anfing. Es wäre möglicherweise ein schwächliches Kind geblieben, an welchem nach Jahren irgend eine Erscheinung von Lues aufgetreten und als tarda erklärt worden wäre. In einem anderen Falle bekam ich eine Keratitis parenchym. beider Augen eines neunjährigen Mädchens zur Behandlung, das sonst keinerlei Symptome darbot und dessen Stiefmutter, offenbar bona fide, jede frühere Erkrankung des Kindes in Abrede stellte. Erst im folgenden Jahre erhielt ich die Mittheilung, dass allerdings unmittelbar nach der Geburt Geschwüre an der Zunge, den Mundwinkeln und der Unterlippe vorhanden gewesen seien, die vom Arzte als luetisch erklärt und behandelt wurden. In einem anderen Falle, den ich bereits in meiner Statistik der Lues congenita tarda aufgenommen hatte, erfuhr ich erst jüngst, dass doch schon

unmittelbar nach der Geburt ein syphilitisches Exanthem vorhanden gewesen sei, wovon mir trotz meiner eingehenden Erkundigung früher nichts mitgetheilt worden war. Der Fall ist trotzdem einer kurzen Erwähnung werth. Vom Vater konnte ich nichts Bestimmtes erfahren, die Mutter leidet seit 15 Jahren, d. i. seit dem ersten Jahre ihrer Ehe, ab und zu an Geschwüren der Zunge, der Mundschleimhaut und der Mandeln. Das Kind, ein achtjähriges Mädchen mit Hutchinson'schen Zähnen, begann im siebenten Jahre, nachdem es seit der Heilung der bei der Geburt vorhanden gewesenen luetischen Symptome, wenn auch stets zart und anämisch, doch vollständig gesund gewesen, auf dem linken Beine zu hinken und es entwickelte sich bei intacter Wirbelsäule nach und nach eine Parese mit Abmagerung und Laxität der Gelenke, wie bei essentieller Paralyse. Fünf Monate darauf kam eine Keratitis parenchym des rechten Auges und wieder fünf Monate später der gleiche Process am linken Auge und zugleich ein Exanthem an beiden Händen, besonders an den Fingern, das aus grösseren und kleineren Knötchen und Bläschen bestand. Schmiercur und energische Jodcur beseitigten in sechs Wochen das Exanthem, besserten bei gleichzeitiger localer Behandlung die Keratitis so sehr, dass der Reizzustand ganz und die Trübung grösstentheils verschwand und bewirkten, dass der Gang besser wurde.

Nicht blos die theoretische Erwägung, sondern auch die thatsächliche Beobachtung zeigen also, dass es sehr möglich ist, dass bei vielen als Lues congenita tarda angeführten Fällen schon bei oder bald nach der Geburt luetische Zeichen vorhanden waren, die nicht zur Kenntniss des Arztes kommen, der die Spätformen zu behandeln hat. Daraus folgt, dass jede Statistik darüber, auch die meinige, wenn die Frage nach Lues congenita tarda sensu strictiori gestellt wird, nur cum grano salis zu nennen ist, da sie von den Angaben anderer Leute, grösstentheils Laien, abhängt, da ihr Hauptgewicht auf einer Negation — dass früher als zur angegebenen Zeit keine Lueserscheinungen vorhanden gewesen seien — beruht, und da bei diesen Angaben manche menschliche Schwächen und Rücksichten die Wahrheit trüben und ihre Erforschung verhindern. Sind ja genaue Erhebungen sogar bezüglich des Kernpunktes selbst — der Lues

der Eltern — oft sehr schwierig, weil das wissenschaftliche Interesse des Arztes niemals die Gebote der Humanität verletzen, und durch unvorsichtige Fragen das Glück einer Ehe stören darf. Freilich, wenn der Vater oder die Mutter noch eine specifische Krankheitsform darbietet und wenn der Beginn derselben vor die Geburt des Kindes fällt, da ist diese Frage erledigt. Nicht minder, wenn die Mutter mehrere Fehlgeburten durchgemacht und ohne eigentlich Syphilis gehabt zu haben, doch jene Zeichen von Syphilisation darbietet, die sich bei solchen Frauen so oft vorfinden: anämisches Aussehen oft bei gutem Ernährungszustande und Schmerzen beim Drucke auf den unteren Theil der Schienbeindiaphysen oder die Schultergräten oder auf das Brustbein, wobei ein tieferer Fingerdruck nicht nur Schmerz erregt, sondern auch einen Eindruck hinterlässt. Ferners bieten ja viele Fälle ein so charakteristisches Bild, dass die Diagnose ohne jedwede anderweitige Auskunft ausser nach dem Zeitpunkte des Beginnes der betreffenden Krankheitsform ausser jedem Zweifel steht. Daneben gelangen auch Fälle zur Beobachtung, die uns sogleich den Verdacht der Lues congenita erregen, deren Charakter aber wegen Mangels jeder Auskunft endgiltig doch erst ex juvantibus erschlossen werden kann. Schliesslich kommen uns doch auch solche vor, in denen die Beobachtung von der Geburt an auf das Erscheinen luetischer Zeichen gerichtet war, die aber doch erst viel später bemerkt werden konnten. Ich habe unter meinen Fällen solche eigener Beobachtung und unter Anderen drei Kinder von Aerzten, die in dieser Richtung alle Aufmerksamkeit verwendeten. Diese Fälle entscheiden die Beantwortung der Frage nach der Existenz der Lues congenita tarda im bejahenden Sinne.

Von welchem Zeitpunkte an dürfen wir die Lues congenita als tarda bezeichnen?

Ich glaube, wenn wir überhaupt ein Gewicht auf die Ausscheidung der tarda als Unterart der Lues congenita legen, müssen wir als Scheidungspunkt die Vollendung des ersten Lebensjahres setzen, da die Säuglingszeit vorüber ist und meines Wissens nach dieser Zeit luetische Krankheitsformen der Frühepoche selten mehr beobachtet werden, sondern alle vom zweiten Lebensjahre an vorkommenden Symptome der sogenannten tertiären Reihe angehören. Wenn also die ersten Zeichen angeborener

Syphilis erst nach Vollendung des ersten Lebensjahres auftreten, dürfen wir von Lues congenita tarda **sensu strictiori** sprechen.

Dass diese existirt, ist nach dem Gesagten ausser Zweifel und wenn auch nur wenige Beobachtungen in dieser Hinsicht ganz sicher gestellt sind — durch die sorgfältige, von Anfang an darauf gerichtete Aufmerksamkeit des Arztes und nicht blos durch Angaben der Eltern — so ist doch dadurch dem wissenschaftlichen Bedürfnisse vollständig genügt. In praktischer Hinsicht aber scheint es mir nicht zweckmässig, den Rahmen des Begriffes so eng zu bilden, sondern es ist eine Lues congenita tarda **sensu latiori** anzuerkennen, d. h. jede Erscheinungsform der **angeborenen** Syphilis, welche nach dem ersten Lebensjahre auftritt, als Lues congenita tarda zu bezeichnen. Denn die Beobachtung lehrt, dass die späteren Krankheitsformen gar kein Merkmal davon zeigen, ob ihnen Symptome in der Säuglingsperiode vorausgegangen sind oder nicht. Dazu kommt ferners die angedeutete Schwierigkeit, ja zumeist die Unmöglichkeit, im einzelnen Falle mit Sicherheit festzustellen, ob bei der Fixirung des Auftretens der ersten Symptome nicht doch ein Beobachtungsfehler vorgekommen ist. Ich habe aber doch in meiner Casuistik der strengeren Anforderung nachzukommen getrachtet.

Es ist verlockend, darüber nachzudenken, warum die Lues congenita nur selten als tarda erscheint, sondern viel öfter bei der Geburt oder bald nachher angetroffen wird, und noch viel öfter im Mutterleibe so früh, so rasch und energisch zur Entwicklung kommt, dass der zarte Organismus des Fötus erliegt und abstirbt. Wenn ich hier die Aufstellung einer Hypothese wage, so schmeichle ich mir nicht, einen neuen Gedanken auszusprechen, sondern bin überzeugt, dass ich in der folgenden Erörterung nur dem Ausdruck gebe, was sich gar Mancher, der darüber nachgedacht, zur Erklärung der Vorgänge vorgestellt haben mag. Mein Erklärungsversuch greift auf die Entstehung der Syphilis und ihrer Stadien zurück.

Ich pflege schon seit ungefähr 20 Jahren jedem syphilitischen Kranken, den ich als scheinbar geheilt entlasse, zu sagen, dass er sich noch nicht als definitiv geheilt betrachten dürfe,

und gebe ihm den Rath, noch durch eine Reihe von Jahren, anfangs öfters, dann später in Zwischenräumen von 3 bis 6 Monaten, 10 Tage lang täglich 1 Gramm Jodkalium zu nehmen. In den ersten Jahren wird ausserdem noch zweimal im Jahre eine Dosis Sublimatpillen gegeben oder eine Schmiercur angeordnet, auch wenn gar keine Syphiliszeichen vorhanden sind. Ich kam auf diese Methode, die sich mir vortrefflich bewährte und im Principe, wenn auch in anderer Form, von Fournier und Anderen gewiss auf Grund analoger Beobachtungen in Anwendung gebracht wird, durch die Erfahrung, dass mir in Bad Hall so zahlreiche Recidive und Spätformen von Syphilis aus den Händen der verschiedensten Aerzte, der erfahrensten und sorgsamsten, wie minder geübten zukommen und dass daher das Recidiviren in der Krankheit und nicht in der Behandlung allein begründet sein muss. Ich stellte mir vor und pflegte es den intelligenteren Kranken, um ihnen mein Vorgehen plausibel zu machen, zu sagen, dass das syphilitische Virus zunächst in den Zellen des ersten Sitzes eine Aenderung ihrer Lebensgesetze hervorrufe, solche Zellen dann in den Lymphstrom und in das Blut gelangen, dort haften, wo sie einen geeigneten Boden finden und sich vervielfältigen; dass dann nach antisyphilitischen Curen einzelne nicht völlig vernichtete Zellen irgendwo abgekapselt ruhen, wie ein auf unfruchtbaren Boden verstreutes Samenkorn und dann wieder, gelegentlich frei geworden, proliferiren und auf dem nun für sie geeigneten Boden sich wieder zu einem neuen syphilitischen Localleiden, zu einer Recidive entwickeln können. Weil aber zwischen dem Momente des Freiwerdens und der Bildung der sichtbaren Form, z. B. des Gumma, ein längerer Zeitraum verfliessen muss, so sei es möglich, ja wahrscheinlich, dass durch ein geeignetes, in dieser Zeit dem Körper einverleibtes Mittel, diese Zellen getroffen und vernichtet werden. Geschehe dies öfters und in regelmässigen Terminen, so werde die Zahl dieser kranken Elemente immer geringer und die definitive Heilung komme zu Stande. Es ist dies die früher allein mögliche Metastasentheorie. Derselben würde durch Prof. Neumann's jüngst mitgetheilte mikroskopische Untersuchungen kein Eintrag gethan, der nach dem durch die entsprechenden Curen bewirkten Verschwinden der localen Symptome später in dem klinisch normalen Gewebe doch noch dieselben Exsudatzellen

fand, die jenen eigenthümlich sind. Ich glaube auch, dass aus ihnen die Erklärung vieler Fälle der Latenz und Recidive sich ergebe, jener nämlich, wo die Recidive, wenn auch nicht an den gleichen Stellen, doch in demselben Reviere wie die frühere Erkrankungsform auftritt. Aber damit ist schwer, die Spätsyphilis überhaupt, noch weniger aber die angeborene Lues zu erklären. Wenn man aber in meiner früheren Deduction der heutigen Anschauung entsprechend Mikroben statt Zellen setzt, so ist die Hypothese gegeben.

Nach unserem heutigen Wissen von den Infectionskrankheiten müssen wir nämlich annehmen, dass auch das syphilitische Virus ein Spaltpilz ist, ob der Lustgarten'sche oder nicht, ist für unsere Erörterung nicht von Wichtigkeit. Er erregt an der Invasionsstelle eine eigenartige gewebliche Reaction — Primäraffect. — Hat er sich in seinem ersten Beete festgesetzt und vervielfältigt, so gelangt er in den Lymphstrom und ins Blut: Zweite Generation.

Diese Generation findet in gewissen Geweben, in der Haut, der Schleimhaut und den Drüsen ihre besten Existenzbedingungen; die Reactionsform dieser Gewebsgruppe gegen die zweite Generation des Contagiums kennen wir als secundäre Syphilis, gerade so, wie der Symptomencomplex des Scharlachs die Reactionsform der analogen Gewebsgruppen gegen den Bacillus der Scarlatina ist. (Es möchte eines genaueren Studiums nicht unwerth scheinen, zur Erklärung der Verschiedenheit des Verhaltens der einzelnen Gewebsgruppen gegen die Infection die Entwicklungsgeschichte herbeizuziehen und zu erwägen, ob nicht ein gewisses Verhältniss zwischen dem Infectionsgange und der Organentwicklung aus den Keimblättern bestehe.) Oft geht unter einer zweckmässigen Behandlung diese ganze Generation zu Grunde, es kommt zur Heilung und nicht mehr zu weiteren Lebensäusserungen des Contagiums. Die Heilung ist nicht mit Sicherheit aus der Abwesenheit von Luessymptomen zu erkennen, denn es kann sein, ja es muss so sein, dass bisweilen lebensfähige Keime des Contagiums (Bacillen selbst oder irgend eine Dauerform derselben) so geartet oder so von lebendigem Gewebe eingeschlossen sind, dass sie zwar nicht vernichtet, aber an ihrer Vermehrung und Ausbreitung gehindert werden.

Räumt irgend ein Zufall oder die Vorgänge des Stoffwechsels oder ihre eigene Lebensenergie dieses Hinderniss weg und sprengt ihr Gefängniss, so können sie sich wieder vermehren und entweder an ihrem ursprünglichen Sitze, oder in den Lymph- oder Blutstrom gelangt, anderswo günstige Vegetationsverhältnisse finden und eine gewebliche Reaction erregen — Recidive.

Wenn aber seit der secundären Syphilis eine geraume Zeit verflossen ist oder Medicamente eingewirkt haben, so ist die später noch vorhandene Generation des luetischen Contagiums viel weniger massenhaft, sie tritt nur mehr stellenweise auf und ist entweder in ihren Lebensverhältnissen etwas verändert worden, z. B. wenn statt des Bacillus nur eine Dauerform desselben übrig geblieben ist, oder die Empfänglichkeit des Organismus hat eine Aenderung dadurch erfahren, dass die Gewebsgruppen der secundären Reihe, die den Process schon einmal durchgemacht haben, nun immun geworden sind oder, wenn dies nicht der Fall war, ihre Reactionsfähigkeit und Reactionsform geändert haben (Exanthem der Frühperiode, Gumma der Spätperiode). Das Contagium kommt also dieser wesentlichen Aenderung wegen in der späteren Zeit meistens nur mehr in bestimmten Geweben und Organen zur Wirksamkeit, deren Reactionsäusserungen die tertiären Krankheitsformen sind. (Dass der Entwicklungsprocess des syphilitischen Contagiums in solcher Weise verlaufe, wird durch die Beobachtung wahrscheinlich gemacht, dass bei Störungen seines natürlichen Ganges, bei sehr früher Anwendung der Schmiercur schon gegen die Sklerose, ehe es noch zum regelmässigen Verlaufe, zur Bildung der frühesten allgemeinen Erkrankungsformen gekommen ist, der Verlauf öfter abnorm wird, als wenn die mercurielle Behandlung erst nach dem Eintritte der secundären Symptome vorgenommen wird, indem in jenen Fällen schon in sehr früher Zeit schwere tertiäre Formen, besonders Visceralsyphilis, auftreten.)

Ziehen wir diese Erwägungen bei der Aetiologie der Lues congenita in Betracht und bringen wir sie in Zusammenhang mit den Ergebnissen der praktischen Beobachtung. Wir sehen da, dass die Lues congenita nicht dem Wege folgt, welchen die Lues acquisita gemeinhin macht: es ist keine Primäraffection, kein typisches secundäres Stadium, keine tertiäre Symptomenreihe.

Nehmen wir an, die Syphilis des Vaters sei die Quelle der kindlichen Erkrankung und im Momente der Zeugung sei seine Syphilis entweder noch lebhaft im Körper verbreitet oder sie sei noch latent, aber das Contagium bereits wieder in Vermehrung begriffen, reichlich im väterlichen Körper vorhanden. Auf den Keim wird es nun in grösserer Menge und Intensität übertragen und entwickelt sich auch dort rasch und energisch. Die Frucht hält diesen Angriff nicht aus, sie erliegt und wird ausgestossen. Von da bis zu der gewöhnlichen auf die Welt gebrachten oder bald nach der Geburt sichtbar werdenden Lues sind nur zeit- und gradweise Unterschiede. Es kann aber ein anderesmal vorkommen, dass die Lues des Vaters wirklich im Latenzstadium ist und bei der Zeugung nur minimale Mengen eines abgeschwächten Contagiums oder einer Dauerform desselben übertragen werden, die dann im kindlichen Organismus gerade nicht zu Grunde geht, sondern doch irgendwo bestehen bleibt, aber erst später die Bedingungen zur Vermehrung und zur Erzeugung jener Vorgänge findet, die uns als Lues congenita tarda begegnen. Es ist endlich ebenso denkbar, dass das auf das Kind übergegangene Contagium überhaupt niemals mehr zur vollen Entwicklung gelangt und keine bestimmten luetischen Vorgänge, sondern nur eine allgemeine, mehr minder hochgradige Kachexie oder Schwächlichkeit und die Disposition zur Scrophulose und Tuberculose erzeugt, die wir ohne ausgesprochene luetische Erscheinungen nicht selten bei Kindern finden, deren Eltern Syphilis durchgemacht haben.

Dass es sich so oder ähnlich verhalten dürfte, zeigen viele Beobachtungen; ich kann nicht umhin, die folgende als eine der bezeichnendsten hervorzuheben: Herr A. K., 38 Jahre alt, gesund und kräftig aussehend, kam vor 18 Jahren von Teplitz, wohin er einer seit $3^1/_2$ Monaten bestehenden Gonitis wegen geschickt worden war, nach Hall, da Teplitz keine Besserung des Knies bewirkt hatte. In Hall besserte sich die Entzündung wesentlich, und zu Hause trat unter fortdauerndem äusserlichen Jodgebrauche die Heilung ein. Eine Contractur, die zurückgeblieben war, wurde dann von mir in Wien gestreckt. Bei dieser Gelegenheit lernte ich die übrigen Familienglieder kennen: das erstgeborene, sechsjährige Töchterchen war sehr zart, anämisch, schwächlich und litt an essentieller Paralyse minderen Grades. Das zweite

Kind war ein ebenfalls zartes, aber gesundes Mädchen von vier Jahren; das dritte ein Knabe von 2½ Jahren, kräftig und gesund. Die Mutter dieser Kinder, Frau K., 33 Jahre alt, sehr gesund, kräftig, wohlgenährt, aber blass, befand sich im sechsten Schwangerschaftsmonate. Bald nach der Streckung der Contractur trat ohne jede Veranlassung wieder Schmerz im Knie ein und ich fand eine schmerzhafte Auftreibung der Tuberositas tibiae, einen Tophus. Früher hatte ich keine Veranlassung gehabt, bei diesem so wohl aussehenden Manne an Lues zu denken; nun aber gestand er auf meine Anfrage, dass er zwei Jahre vor seiner Verheiratung Syphilis gehabt, und davon durch eine Pillencur geheilt worden sei. Von da an sei seine Gesundheit nie mehr gestört worden, bis im vergangenen Frühling die Kniegelenksentzündung auftrat. Jodkalium beseitigte in kurzer Zeit den Tophus. Dann kam die Niederkunft der Frau am normalen Schwangerschaftsende. Der neugeborene Knabe war mässig gut entwickelt, nicht besonders schlecht genährt und trug die deutlichen Zeichen von Lues congenita: Rhagaden an den Mundwinkeln, in hohem Grade am After, dort auch Schleimpapeln. Das Kind, von der Mutter selbst gestillt, bekam Sublimatbäder. Während die Schleimhautaffection wich, entwickelten sich zahlreiche Gummen, die rasch erweichten; ich habe deren vielleicht zehn gespalten, ausgepresst und zur Heilung gebracht. Einige derselben sassen als Tophi in der Beinhaut und im Knochen, z. B. in den unteren Epiphysen beider Radien und der grösste in der unteren Epiphyse des linken Oberschenkels. Als die Gummen erschienen, verordnete ich sogleich eine Schmiercur (5 Grane p. die) und Jodkalium durch die Mutterbrust. Der Verlauf ging hier langsam, ein Theil der Epiphyse schmolz ein und das Kind war, als ich im Frühling Wien verlassen musste, so elend, dass ich nicht erwarten durfte, es im Herbste wiederzusehen. Gleichwohl erholte es sich, es bekam später das Jodkalium auch direct und als es nach Ablauf des ersten Lebensjahres abgestillt wurde, war es ganz wohlauf, verhältnissmässig gut entwickelt und die Dentition ging regelmässig von statten. Nur das Knie war deform, contrahirt und der Oberschenkel sichtlich verkürzt. Um es kurz zu sagen, aus diesem Kinde wurde ein jetzt 17 Jahre alter kräftiger Junge, dessen linkes Bein, das durch den theilweisen Verlust des unteren Ossifications-

punktes des Oberschenkels um 14 Centimeter im Wachsthum zurückgeblieben ist, und verschiedene Narben an das einstige Leiden erinnern. — Die Geburt dieses Kindes veranlasste mich, beim Vater eine energische Schmiercur mit darauffolgendem Jodgebrauche vorzunehmen und ihm zu empfehlen, fortan durch eine Reihe von Jahren in regelmässigen Intervallen Jodkalium zu gebrauchen, um Rückfälle zu verhüten. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren kam dann wieder ein Kind, ein gesundes, makelloses Mädchen, das seither auch gesund blieb und kräftig gedieh.

Wenn wir dieses Familienbild überblicken, so sehen wir ein kräftiges Elternpaar im günstigsten Alter und in den besten Lebensverhältnissen, und doch das erste, bald nach der Syphilis des Vaters geborene Kind schwächlich. Ob die essentielle Paralyse, die im vierten Lebensmonate auftrat, mit der väterlichen Lues zusammenhängt, lässt sich nicht apodiktisch bestimmen, ist aber höchst wahrscheinlich; jedenfalls ist aber die ganze Organisation und Entwicklung des Kindes durch die väterlichen Luesreste beeinflusst. — Nun kommt eine Periode vollständiger Latenz, die vorhandenen Lueskeime sind irgendwo unschädlich eingeschlossen oder das Contagium ist in einer unthätigen Existenzform. Da kommt ein gesundes Kind, das auch gesund bleibt. Das dritte Kind ist noch kräftiger. Dann kommt eine Periode der Selbstinfection; Lueskeime werden frei, gelangen in die Circulation und verursachen die Gonitis und später den Tophus der Tuberositas tibiae. Der während dieser Recidive gezeugte Knabe ist nun hochgradig luetisch; da er aber von sonst sehr kräftigen Eltern stammt, macht er bei zweckmässiger Behandlung den Process durch und wird nach dessen Heilung der kräftige Mensch, als welcher er veranlagt ist. Der Vater wird auch geheilt, erhält sich durch die zeitweise Wiederholung der Jodcur gesund und zeugt wieder ein ganz makelloses, gesundes Kind.

Dieser Erklärungsversuch fusst wohl im Augenblicke noch auf einer Hypothese, die aber den Anforderungen genügt, die man an eine gute Hypothese stellen soll. Sie ist einfach und erklärt die Thatsachen ohne Zuhilfenahme einer Hilfshypothese, sie scheint mir endlich den Vortheil zu haben, dass von ihr directe Versuche und Experimente ausgehen können, die geeignet wären, positive Resultate zu geben. Ist einmal die Natur des

Syphilisbacillus mit vollster Sicherheit festgestellt, so haben wir auch bezüglich der Lues congenita tarda begründete Hoffnung, dass noch weitere mikroskopische Untersuchungen des Blutes, der Lymphe und der Gewebe, sowie eventuell pathologische Experimente uns zur Erkenntniss der Wahrheit führen können.

Bevor ich an die Besprechung meines Krankheitsmateriales gehe, muss ich noch der ebenso wichtigen als interessanten **Beziehung der Scrophulose zur Lues congenita tarda** und der *Verbindung beider* eine kurze Betrachtung widmen. Ich habe schon die bekannte Thatsache erwähnt, dass, während die Symptome der Lues congenita tarda oft so deutlich ausgeprägt sind, dass die Diagnose sogleich mit Sicherheit gestellt werden kann, dieselbe doch bisweilen zwischen Scrophulose und Lues congenita tarda schwankt und erst durch die Anamnese oder den Verlauf Klarheit erlangt. Wir kommen da eben noch auf dunkle Stellen. Das Wichtigste wäre die — nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehörende — Feststellung des Begriffes der Scrophulose, der durch den der Tuberculose *nicht* vollständig gedeckt wird. Wenn wir aber doch zugeben müssen, dass eine grosse Zahl der scrophulosen Symptome tuberculosen Ursprungs sei — bei ungefähr 45 Procent der scrophulosen Kranken lässt sich hereditäre Belastung mit Tuberculose nachweisen — und andererseits wissen, dass die syphilitischen Kranken ein nicht unbedeutendes Contingent für die Tuberculose stellen, da sie bei andauernder Krankheit und oftmaligen Recidiven nicht selten an Tuberculose zu Grunde gehen, und tuberculose Leute nicht seltener syphilitisch werden als Nichttuberculose, so ist es nicht zu verwundern, dass bisweilen die Keime der Lues und die Disposition zur Scrophulose der Nachkommenschaft hinterlassen werden und *rein tuberculöse Formen* (käsige Drüsenerweichung, tuberculöse Caries etc.) *und zweifellos luetische Symptome* an einem *und demselben Individuum*, wenn auch oft nicht zu gleicher Zeit, zur Entwicklung kommen. Oder es kann geschehen, dass die hereditäre Lues durch ihren schwächenden Einfluss die Disposition zur Erwerbung der Scrophulose und dadurch das Zusammentreffen der luetischen und scrophulösen Symptome bedingt. Mir wenigstens ist dieses Verhältniss unzweifelhaft.

Anders aber liegt die Sache, wenn an Individuen, die mit Tuberculose hereditär belastet sind oder bei denen genügende Erklärungsgründe für die Erwerbung der Scrophulose, aber keine für Lues congenita vorhanden sind, also an rein scrophulösen Individuen gewisse Formen, die wir öfter als Producte congenitaler Lues antreffen, allein oder neben rein scrophulösen oder tuberculösen Symptomen beobachtet werden, ohne dass andere zweifellos syphilitische Formen vorhanden sind. Hier sind wir vorläufig nicht berechtigt, jene für etwas Anderes als für Theilerscheinungen des scrophulösen Symptomencomplexes zu erklären. Wir müssen also sagen: es gibt Gewebsveränderungen bestimmter Organe, die nach unserem bisherigen Wissen der Scrophulose und der Lues congenita gemeinsam sind, utraquistische Formen. Hierher gehört vor Allem die Keratitis parenchymatosa, hierher manche Drüsenschwellungen, manche Beinhaut- und Knochenentzündungen, viele Fälle von Ozaena, die oft an und für sich keinen specifischen Charakter tragen und je nach ihrer Herkunft und den begleitenden Erscheinungen als scrophulös oder luetisch angesehen werden müssen.

Auch dann, wenn sie weder von entschieden tuberculösen noch von luetischen Formen begleitet oder gefolgt werden, muss man sie vom klinischen Standpunkte aus doch für scrophulös erklären, wenn sie auch nicht von Tuberculose herstammen, aber auch ihre Herkunft von Lues der Vorfahren nicht nachgewiesen werden kann, denn ich habe nicht selten die Beobachtung gemacht, dass nach solchen Erkrankungen, z. B. nach Keratitis, späterhin wirklich scrophulose Formen, z. B. lymphatische Schwellungen der Nase und Oberlippe und käsige Drüsenleiden kamen. Man muss aber auch berücksichtigen, dass man doch nicht immer aus dem Munde der Eltern die Wahrheit erfährt und dass uns die Erfahrung lehrt, dass manche sonst ganz gescheite und tüchtige Leute es nicht übers Herz bringen können, zuzugestehen, sie seien an dem Leiden der Kinder schuld, selbst wenn diese Schuld nahezu erwiesen ist. Wenn wir also diese eigenthümlichen Schleichwege des menschlichen Denkens und Fühlens kennen, so müssen wir zugeben, dass solchen utraquistischen Formen an Individuen, die nicht mit Tuberculose hereditär belastet sind und bei denen wir auch keinen der anderen Ent-

stehungsgründe der Scrophulose finden können, wahrscheinlich eine modificirte Lues der Vorfahren zu Grunde liege. Beim Fehlen des bestimmten Nachweises müssen sie aber doch als scrophulös aufgefasst werden und in diesem Sinne wäre es nicht ungerechtfertigt, die Syphilis der Vorfahren, wenn auch nicht, wie es in der Bibel von den Sünden der Väter heisst, bis ins vierte Glied, unter den Ursachen der Scrophulose anführen.

Wir haben also 1. das Zusammentreffen von zweifellos scrophulösen, respective tuberculösen und ebenso zweifellos congenital luetischen Formen an einem und demselben Individuum,

2. utraquistische Formen neben scrophulösen an scrophulösen Individuen;

3. utraquistische Formen allein an Individuen, bei welchen weder eine erbliche Belastung mit Tuberculose noch mit Lues nachgewiesen werden kann.

Bei diesem Sachverhalte ist daher die Bestimmung, ob die einzelne vorliegende Form luetischer oder scrophulöser Natur sei, manchmal äusserst schwierig und muss bisweilen in der Schwebe gelassen werden, wenn nicht in einzelnen Fällen die mikroskopische Untersuchung, die aber oft nicht ausführbar ist oder im Stiche lässt, eine Aufklärung verschafft. Denn auch der Versuch, diese Frage ex juvantibus et nocentibus zu lösen, liefert oft kein entschiedenes Ergebniss. Wenn auch eine beträchtliche Zahl von solchen zweifelhaften Fällen durch Jod und Mercur günstig beeinflusst und zur Heilung gebracht und dadurch ihre syphilitische Natur bewiesen wird, so ist andererseits nicht zu leugnen, dass diesen zahlreiche andere entgegenstehen, deren Herkunft von elterlicher Lues erwiesen ist, in denen jedoch die bisher gebräuchliche Therapie im Stiche lässt. Deswegen aber zu sagen, dass diese nicht syphilitischer Natur seien, ist logisch unberechtigt. Wir kämen durch diese Schlussweise zu dem Ausspruche: diejenigen durch congenitale Lues bedingten Krankheitsformen, welche durch die bisher üblichen specifischen Methoden gebessert oder geheilt werden, sind syphilitisch, die anderen aber scrophulös oder, wie Fournier sagt, „gewöhnliche Ernährungsstörungen". Damit würde gesagt, dass die Therapie der Syphilis, die Art, Zahl und Anwendungsweise der Heilverfahren gegen dieselbe bereits für ewige Zeiten abgeschlossen sei und die Grenzen ihrer Wirkung auch die

Grenzen der Syphilis seien. Man darf aber nicht verkennen, dass die Lues congenita tarda auch dort, wo ihre Diagnose unantastbar ist, manche Gewebsveränderungen setzt, die nicht durch die gewöhnlichen Specifica alterirt werden, wie es ja auch in manchen späten Formen der erworbenen Syphilis der Fall ist; trotzdem sind jene und diese doch syphilitische Erscheinungen. Ich will nur ein Beispiel aus der Praxis anführen: Ein hereditär luetisches Mädchen bekommt Keratitis parenchymatosa und einige Wochen später treten gummöse Geschwüre am weichen Gaumen auf. Wegen dieser wird, da die Zerstörung des Gaumensegels droht, eine energische Schmiercur gebraucht, welche den Gaumen rettet und die Geschwüre zur Vernarbung bringt, während ihr Einfluss auf die Keratitis beiweitem nicht so deutlich ist. Ist daraus zu schliessen, dass die Geschwüre luetischer Natur seien, die Keratitis aber nur eine „einfache Ernährungsstörung" darstelle? Oder liegt der Schluss nicht viel näher, dass die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der tiefen Schichten der Cornea und des Uvealtractus und die Art der in ihnen durch die Lues congenita tarda bewirkten Veränderungen die Ursache der ausbleibenden oder geringeren Wirkung der angewendeten specifischen Medication hier als im Gaumensegel seien?

Andererseits habe ich doch auch gar häufig ganz auffallende Heilerfolge von der specifischen Behandlung bei vielen Formen, z. B. gerade bei Keratitis parenchymatosa gesehen, die ganz genau so aussehen wie andere, welche der gleichen Behandlung gegenüber sich indolent verhielten.

Schliesslich wollen wir aber nicht in Abrede stellen — was ja schon weiter oben betont wurde — dass manche Nachklänge der elterlichen Lues bei den Erben in ihren Aeusserungen sich durch gar nichts von jenen Gewebsveränderungen unterscheiden, die durch die Tuberculose der Eltern oder durch die anderen Erreger der Scrophulose hervorgerufen werden.

B. Specielles.

Wer heute über angeborene Lues arbeitet, kann die wahrhaft classische Darstellung Fournier's nicht umgehen, und ich muss es selbst als einen Mangel meiner Veröffentlichung be-

zeichnen, dass ich seine neun typischen Merkmale ihr nicht zu Grunde legen konnte. Aber der grösste Theil meiner Beobachtungen stammt aus der Zeit vor Fournier's Publication; der wichtigste Grund ist jedoch, dass, da mir bis vor Kurzem die Absicht einer speciellen Bearbeitung dieses Themas fern lag, ich nur die positiven Daten und nicht das Fehlen der anderen Erscheinungen notirte. So findet sich Hutchinson'sche Zahnbildung und Gehörsstörung nur dann notirt, wenn sie in etwas auffälliger Weise hervortrat.

Die angeborene Spätsyphilis kam mir in 127 Fällen, und zwar bei 58 männlichen und 69 weiblichen Kranken zur Beobachtung, von denen der jüngste im 2., der älteste im 28. Lebensjahre war. Es ist möglich, dass ich auch ältere Personen mit diesem Leiden in Behandlung hatte; aber die Umstände mögen mir nicht klar genug oder ihre Aussagen nicht genug glaubwürdig, oder mein Wissen nicht ausreichend gewesen sein, um die Fälle als angeborene Spätsyphilis besonders zu protokolliren.

Die Hauptformen meiner Statistik sind: Knochenleiden, worunter auch die nicht häufigen Gelenksleiden aufgenommen sind, Augenleiden, Krankheiten der Nase, des Rachens und Gaumens, Gummen und Geschwüre, Drüsenleiden, Viscerallues und Krankheiten des Gehörorganes.

Die folgende Tabelle I gibt die Frequenz des von mir beobachteten Vorkommens dieser Formen in absoluten Zahlen und in Procenten:

Tabelle I.

Krankheiten	Absolut			In Procenten		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
Knochen- und Gelenksleiden	32	33	65	55·17	47·82	51·18
Augenleiden	24	28	52	41·37	40·58	40·98
Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	21	28	49	36·20	40·58	38·58
Gummen und Geschwüre	7	13	20	12·06	18·84	15·74
Drüsenleiden	2	5	7	3·44	7·24	5·51
Viscerallues	5	4	9	8·62	5·79	7·08
Leiden des Gehörorganes	5	3	8	8·62	4·34	6·30

Eine geringe Mehrzahl meiner Kranken litt im bisherigen Verlaufe ihres Lebens an zwei oder mehreren dieser Formen:

immerhin ist aber doch bemerkenswerth, dass unter den 127 Patienten meiner Statistik nicht weniger als 54, d. h. 42·5 Procent (bestehend aus 27 männlichen = 46·54 Procent und 27 weiblichen = 39 Procent), während des ganzen Krankheitsverlaufes nur eine einzige Form darboten. Dieses Verhältniss stellt dar die

Tabelle II.

Krankheiten	Als einzige Form			Mit noch einer Form			Mit zwei und mehr Formen			Gesammtsumme		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
Knochen- und Gelenksleiden	10	9	19	17	20	37	5	4	9	32	33	65
Augenleiden	7	8	15	10	13	23	7	7	14	24	28	52
Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	9	7	16	9	14	23	3	7	10	21	28	49
Gummen und Geschwüre	1	3	4	5	8	13	1	2	3	7	13	20
Drüsenleiden	—	—	—	1	2	3	1	3	4	2	5	7
Viscerallues	—	—	—	5	1	6	—	3	3	5	4	9
Leiden des Gehörorganes	—	—	—	4	1	5	1	2	3	5	3	8
Summe	27	27	54	51	59	110	18	28	46	—	—	—

A. Knochenleiden ex lue congenita tarda.

Als einzige Form kamen sie, wie erwähnt,

	bei 10 männl.	und 9 weibl.	= 19 Kranken,
mit anderen Formen combinirt	„ 22 „	„ 24 „	= 45 „
in Summa	bei 32 männl.	und 33 weibl.	= 65 Kranken

vor.

Die Combinationen waren mit

Augenleiden	10 männl.	9 weibl.	= 19 Fälle,
Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	6 „	11 „	= 17 „
Gummen und Geschwüren . .	5 „	9 „	= 14 „
Drüsenleiden	1 „	1 „	= 2 „
Visceraliues	5 „	4 „	= 9 „
Leiden des Gehörorganes . .	1 „	1 „	= 2 „
Scrophulose	2 „	2 „	= 4 „

Aus der Tabelle I geht hervor, dass die Knochenleiden überhaupt diejenige Krankheit sind, die bei Lues congenita tarda am häufigsten — in der Hälfte aller Fälle — zur Beobachtung gelangte, und ich meine, dass es auch bei den Fällen der anderen Beobachter sich ähnlich verhält, wenn die Aufmerksamkeit diesem Punkte zugewendet wird.

Von den einzelnen Knochen waren folgende betheiligt:

Beide Schienbeine	bei	21	männl.,	18	weibl.,	zusammen	39	Kranken
Ein Schienbein .	„	4	„	3	„	„	7	„
Kniegelenk . .	„	2	„	5	„	„	7	„
Schädelknochen .	„	5	„	8	„	„	13	„
Brustbein . . .	„	2	„	4	„	„	6	„
Schulterblatt . .	„	—	„	3	„	„	3	„
Ulna	„	1	„	1	„	„	2	„
Rippen	„	1	„	1	„	„	2	„
Femur	„	1	„	1	„	„	1	„

Die lebhafte Betheilung der Schienbeine bei 46 unter 65 mit Knochenleiden behafteten Patienten, d. h. 70·76 Procent, fällt da zunächst ins Auge. Bei den meisten fand sich die Auftreibung in der Diaphyse der Schienbeine, diesen zunächst in der oberen Epiphyse und nur ganz selten an der unteren Epiphyse.

Die häufigste Form ist die spindelförmige, zumeist an beiden Schienbeinen symmetrisch ausgebildete Auftreibung in der Mitte der Diaphysen; bisweilen wird die ganze Diaphyse vom Processe in Anspruch genommen, die Kante verschwindet als solche und die manchmal das Doppelte und mehr des Volumens der Tibia einnehmende Schwellung setzt ober den normalen, ganz schmächtig aussehenden Knöcheln scharf ab. Wenn die knotigen Auftreibungen und Auflagerungen besonders an der Kante sich ausbildeten, so erscheint die Form der Tibia auch in der Weise verändert, dass sie wie bei Rhachitis säbelförmig gekrümmt erscheint.

Manchmal bilden sich einzelne erweichende, gummöse Herde, über welchen die Haut geschwürig zerfällt und in deren Grunde der rauhe Knochen gefühlt wird. Es kommt bisweilen zur Bildung kleiner Nekrosen des aufgelagerten Knochens, die sich splitterartig abstossen, seltener zur Bildung etwas grösserer Sequester,

bei deren operativer Entfernung man sich überzeugt, dass sie meistens dem neugebildeten Knochen angehören. Kommt es zur Vernarbung grösserer Geschwürsflächen des Knochens, so geschieht es nicht selten, dass die Narbe wieder an einzelnen Stellen zerfällt und kleine nekrotische Partien eburnirten Knochens sichtbar werden, die offenbar in Folge der zu geringeren Ernährung des zu dichten Knochengewebes abstarben.

Eine andere Form ist die, dass das massenhaft neugebildete Knochengewebe noch nicht eburnirt und dabei an einzelnen Herden von reichlichem, fungös aussehendem Granulationsgewebe durchsetzt ist, das dem bei Scrophulose vorkommenden ganz ähnlich ist. Räumt man dieses mit dem scharfen Löffel aus, so kann man den Zügen desselben in verschiedenen Richtungen nachgehen, so dass der Knochen, wenn mehrere solche Herde vorhanden sind, wie wurmstichig aussieht.

An der oberen Epiphyse, die in solchen Fällen stark vergrössert ist, kommt es bei jüngeren Kindern manchmal zur Bildung eines centralen Herdes, der vorn unter Bildung eines haselnuss- bis wallnussgrossen, zerfallenden Gumma durchbricht. Solche Fälle erfordern auch nach Heilung der anderen luetischen Symptome, da sonst der ungünstigen Verhältnisse wegen die Heilung nicht zuwege gebracht werden kann und der Fortbestand der Störung an der Epiphyse durch die Reizung ein grösseres Längenwachsthum dieses Knochens mit allen unangenehmen Folgen bedingt, das operative Eingreifen des Chirurgen: breite Oeffnung des Knochens und Ausschaben der grossen, manchmal bis dicht unter die Kniegelenksfläche der Tibia reichenden Höhle, die gegen die Markröhre zu abgeschlossen ist und in der sich zumeist kein grösserer Sequester befindet; die Sonde hat meistens nur Rauhigkeiten der Wand gefühlt.

Derlei Fälle kamen mir wie jedem Chirurgen auch früher nicht so selten vor und ich habe sie auf einfache Osteomyelitis geschoben, und erst die jüngste Zeit hat mich belehrt, dass man da stets eine genaue Erhebung der Anamnese quoad Luem der Eltern vornehmen müsse.

Diese Erwägung führt uns, da dabei bisweilen das Kniegelenk in Mitleidenschaft gezogen wird, auf die Gelenksentzündung in Folge von Lues congenita tarda. Sie kommt fast nur im Kniegelenk vor (Förster), ein einzigesmal habe ich

sie im Ellbogengelenk gesehen. Man findet die das Gelenk constituirenden Knochen, zumeist beide, vergrössert, auch wenn keine Entzündung vorhanden ist. Ich habe mich wiederholt davon überzeugt, dass die Kniegelenke solcher hereditär luetisch belasteten Kinder bisweilen ungewöhnlich gross sind, auch ohne jede Spur von Schmerzhaftigkeit und Exsudat. Sie erinnern an Rhachitis, von der sonst keine Zeichen vorhanden sind. Bisweilen aber kommt es zu einer Gonitis serosa, bei der sich aber — wenigstens in den von mir beobachteten Fällen — gewöhnlich auch eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider das Gelenk bildenden Knochenenden oder wenigstens der oberen Schienbeinepiphyse nachweisen lässt. Diese Gonitis serosa ist ziemlich hartnäckig, ihre Dauer ist von sechs Wochen bis zu sechs Monaten und erfordert eine ausgiebige, innerliche Jodcur, sowie örtlich Jodanwendung unter einem Bindenverbande, eventuell locale Mercurialeinreibungen und Druckverband. Einfachen Hydrops genu ex lue congenita, der bisweilen beobachtet wird, habe ich unter meinen Fällen nicht gehabt; in einem Falle von unbedeutendem Hydrops genu bei einem 18jährigen Mädchen mit Keratitis parenchymatosa und Gumma des weichen Gaumens, den mir Herr Professor Fuchs auf seiner Klinik zu zeigen die Güte hatte, waren doch beim Beginne Schmerzen im Knie vorhanden, also wahrscheinlich doch eine Gonitis serosa.

Einer Form von Knochenleiden des **Schädels** möchte ich noch Erwähnung thun, die mir ebenfalls der Lues congenita tarda anzugehören scheint, und meines Wissens bisher nicht beachtet wurde. Bei Kindern von 6 bis 7 Jahren, die von nachweislich syphilitischen Müttern stammen, kommt nämlich bisweilen ein periostales Geschwür am äusseren Ende des oberen Augenbogens vor, das aus einem Gumma dieser Partie des Stirnbeines hervorgegangen ist. Dieses Gumma ist die erste Aeusserung der Krankheit und wird trotz des Fehlens von Erklärungsgründen für die Entstehung einer scrophulösen Form doch für scrophulös erklärt, bis erst später, manchmal nach Jahren, andere Symptome kommen, welche die richtige Deutung ermöglichen, die durch den Nachweis oder das Geständniss der elterlichen Lues bestätigt wird. Warum die so häufige Caries und Nekrose der Jochbeine vorwaltend von Scrophulose, die des benachbarten Stirnbeinabschnittes von Lues congenita tarda verursacht wird,

ist vorläufig nicht zu erklären. Wir werden durch dieses eigenthümliche Verhalten vielmehr aufgefordert, nachzuforschen, ob wirklich der Jochbeincaries nichts Anderes als Scrophulose zu Grunde liege und ob nicht auch hier die Lues congenita tarda manchmal eine Rolle spiele. Die congenital-luetischen Processe an dem knöchernen Nasengerüste und am Oberkiefer werden bei den congenital-luetischen Nasen-, Gaumen- und Rachenleiden abgehandelt.

Hier mag auch der Platz sein, um einige Worte über die Beziehungen der Rhachitis zur Lues congenita tarda zu sprechen. Was wir darüber sagen können, ist vorläufig nur Vermuthung. Aber einzelne meiner Beobachtungen sind der Art, dass sie die Ansicht Parrot's und Anderer, welche die Rhachitis mit Lues congenita in ursächliche Beziehung bringen, wenigstens mit der von Fournier gegebenen Beschränkung berechtigt erscheinen lassen. Fournier sagt hierüber: „Le rachitisme se rencontre avec une frequénce considérable sur les sujets affectés syphilis héréditaire." Wenn wir nämlich, wie mir jüngst vorkam, ein dreijähriges Mädchen mit hochgradiger rhachitischer Verkrümmung der Oberschenkel, noch mehr der Unterschenkel, geringfügiger der oberen Extremitäten, ohne Schädel- und Thoraxrhachitis zu sehen bekommen und die Mittheilung erhalten, dass dieses Mädchen das 17. Kind eines Elternpaares ist, dessen erste zwei Kinder leben, angeblich gesund aber schwächlich sind, dass dann 14 Kinder todt zur Welt kamen, bis endlich das 17. wieder zwar am Leben blieb, aber ein elendes rhachitisches Wesen ist, so werden wir ohne weitere Zeichen von Lues, ohne eine bestimmte Anamnese über den Vater und trotz des guten Gesundheitszustandes der Mutter diese Rhachitis für eine sehr nahe Verwandte der Lues halten dürfen. Dasselbe gilt beispielsweise von den drei Kindern eines kräftigen Elternpaares in den besten Lebensverhältnissen, die ich vor 24 Jahren zu sehen bekam. Diese Kinder waren eine merkwürdige Gesellschaft. Die Kopfbildung war bei allen drei normal, die Wirbelsäulen gerade, der Thorax in geringer Weise kielförmig, die Röhrenknochen der oberen Extremitäten etwas krumm, ihre Epiphysen wenig aufgetrieben, die unteren Gliedmassen aber in einer Weise verkrümmt, wie ich es seither nie mehr gesehen habe. Die Femora beschrieben beim älteren 8jährigen Knaben eine vollständige

korkzieherartige Schraubenwindung um die Längsachse, während die Tibia und Fibula die S-Form hatten. Aehnlich verhielt es sich bei den anderen zwei Kindern. Der Vater hatte lange Zeit vor der Ehe Syphilis durchgemacht, hielt sich aber für vollständig geheilt und bot ebensowenig als die Mutter irgend ein Zeichen der Krankheit.

Ich habe noch eine Anzahl von Fällen dieser Art notirt, besitze aber nicht genügende anamnestische Notizen; von anderen finden sich Angaben in den beiliegenden Krankengeschichten, aus denen erhellt, dass neben hereditär luetischen und ganz gesunden Kindern einer Ehe auch ein oder das andere rhachitische vorkommt, die Rhachitis also sich in der betreffenden Familie als Zwischenstufe zwischen der entschiedenen Lues hereditaria und der völligen Freiheit davon darstellt. Anderemale sah ich Rhachitis bei Kindern, deren Vater einmal Syphilis durchgemacht hat, aber ausser dem etwas rhachitischen sonst gesunde Kinder gezeugt hat. Andererseits kenne ich aber Kinder mit leichterer Rhachitis, über deren Ascendenz ich bis in die dritte Generation durch eigene Bekanntschaft unterrichtet bin, bei denen ich daher die Lues ganz sicher ausschliessen kann, Scrophulose aber vertreten finde.

Daher glaube ich nicht irre zu gehen mit dem Ausspruche, dass Rhachitis oft durch congenitale Lues verursacht werde, dass aber auch eine Anzahl von leichteren Rhachitisformen, die klinisch von den luetischen noch nicht unterschieden werden können, nicht mit Lues — wenigstens der nächsten Ascendenz — zusammenhänge.

B. Augenleiden.

Die congenital-luetischen Augenleiden kamen mir vor:

als einzige Form . . .	bei 7 männl.,	8 weibl.	= 15	Kranken,
mit noch einer Form combinirt	„ 10 „	13 „	= 23	„
mit noch zwei Formen combinirt	„ 7 „	7 „	= 14	„
	bei 24 männl.,	28 weibl.	= 52	Kranken.

Die Combinationen waren:

Knochenleiden	10 männl.,	9 weibl.	=	19 Kranke,
Nasen-, Gaumen- und Rachenleiden	6 „	11 „	=	17 „
Gummen und Geschwüre .	2 „	3 „	=	5 „
Drüsenleiden	1 „	2 „	=	3 „
Visceralleiden	— „	1 „	=	1 „
Leiden des Gehörorganes .	2 „	2 „	=	4 „
Scrophulose	2 „	2 „	=	4 „

Folgende Formen der congenital-luetischen Augenleiden kamen vor:

Keratitis parenchymatosa	21 männl.,	25 weibl.	=	46 Patienten,
Iritis (allein)	1 „	1 „	=	2 „
Chorioiditis	1 „	2 „	=	3 „
Retinitis	1 „	— „	=	1 „

Aus diesen Ziffern geht hervor, dass die Keratitis parenchymatosa diejenige Form ist, in der die angeborene Spätsyphilis als Augenleiden am öftesten zur Erscheinung kommt, indem sie nicht weniger als 88·46 Procent der Augenfälle ausmacht. Sie ist eine Aeusserung der Syphilis, welche vorwiegend der angeborenen Lues zukommt; ich wenigstens habe sie nur dreimal als Folge der erworbenen Syphilis und auch da zweimal bei jungen Mädchen auftreten gesehen. Indem ich damit nur die Angaben der anderen Beobachter über die Seltenheit der Keratitis parenchymatosa ex lue acquisita bestätige, glaube ich, dass auch die Erfahrungen der Augenärzte damit übereinstimmen.

Drei Mädchen und ein Knabe litten an einseitiger Keratitis parenchymatosa und darunter befindet sich ein Fall, wo auf dem anderen Auge doch Iritis gefunden wurde, während sie bei allen übrigen weiblichen und allen männlichen Patienten auf beiden Seiten vorhanden war. Auf die Gesammtzahl meiner Fälle bezogen, ergibt sich folgendes Verhältniss: 36·2 Procent der männlichen und 37·1 Procent der weiblichen Kranken litten an Keratitis parenchymatosa. Das Verhältniss dürfte in Wahrheit ein anderes sein, weil ich nur die zweifellos specifischen Fälle hier aufgenommen, die anderen, blos verdächtigen, aber als scrophulös beiseite gelassen habe. Es ist ja natürlich, dass man erst im Laufe der Jahre auf die häufige Wiederkehr und

die Beziehungen solcher Formen aufmerksam wird und, zumal wenn man nicht Specialist ist, lange Zeit die Diagnosen nimmt, wie sie von den Fachmännern gegeben werden. Dass sich aber unter den von mir im Laufe der Jahre verzeichneten 187 Fällen von Keratitis parenchymatosa in der That viel mehr als 46 = 24·6 Procent luetische befinden müssen, geht daraus hervor, dass mir im verflossenen Jahre unter 13 Fällen dieses Leidens nicht weniger als 10 vorgekommen sind, die sich theils durch die Anamnese, theils durch andere Symptome als luetische charakterisirten. Von den anderen drei fehlte die Anamnese und zugleich waren unzweifelhaft scrophulöse Erscheinungen an diesen Kranken vorhanden, sie mussten daher den scrophulösen zugezählt werden.

Wir sind hier auf einem noch immer strittigen Felde, denn es gibt thatsächlich Fälle von Keratitis parenchymatosa, für deren hereditär-syphilitische Natur sich absolut keine Beweise geben lassen, während diese Kranken ausserdem an zweifellos scrophulösen, respective tuberculösen Formen: käsigen Drüsen, fungösen Geschwüren und Hohlgängen, fungöser Caries u. s. w., leiden und auch die anamnestische Nachforschung nur Momente — hereditäre Belastung mit Tuberculose, vorwaltend aber feuchte Wohnräume, neue Häuser — ergibt, welche Scrophulose zu erzeugen pflegen. Die Auffassung der Keratitis parenchymatosa als einer utraquistischen Krankheitsform hat daher bei dem jetzigen Stande unseres Wissens ihre Berechtigung.

Da ist zunächst die Meinung, welche die Keratitis parenchymatosa ausser Zusammenhang mit der Lues als einfache Wirkung heruntergekommener Ernährung bezeichnet. Dem steht die Thatsache entgegen, dass gerade die Mehrzahl meiner Fälle in recht guten Verhältnissen lebt und auch zur Zeit ihrer Keratitis einen ganz befriedigenden Allgemeinzustand boten und dass viele scrophulöse Kranke mit Keratitis parenchymatosa recht wohlgenährt aussahen. Daneben steht Fournier's Ausspruch (Annales de dermatologie et Syphilis 1885): „La Kératite interstitielle est une simple lésion vulgaire, banale, une lésion de nutrition, que diverses influenses morbides sont aptes à réalises. La syphilis occupé le premier rang, mais il n'est pas demontré, que cette Kératite soit une lésion essentiellement syphilitique, même, lorsqu'elle a pour cause certaine la syphilis héréditaire." Also

Fournier gesteht zu, dass die Syphilis oft die „sichere Ursache" dieser Keratitis ist und aus dem angeführten Satze scheint hervorzugehen, dass er jener für sich allein keinen specifischen Charakter zuerkennt. Dieser Ansicht würde die Thatsache entsprechen, dass es vergebliche Mühe ist, eine klinische oder anatomische Unterscheidung der Keratitis parenchymatosa in jedem gegebenen Falle aus dem Zustande des Auges allein abzuleiten, denn weder die Form der Trübung, ob diffus, nebelig oder gesprenkelt oder fleckig, ob weiss, grau oder gelblich, noch auch die Betheiligung des Uvealtractus in grösserem oder geringerem Masse oder ihr Fehlen, noch endlich der Umstand, ob nur Ein Auge oder beide den Process durchmachen, vermag an sich die Diagnose zu bestimmen, sondern stets sind die Anamnese oder die begleitenden Symptome hier massgebend. Und da werde ich den Verdacht nicht los, dass auch bei der scrophulösen oder tuberculösen Disposition dieser Kranken oder ihrem kachektischen Zustande die Syphilis Gevatter gewesen sein möge und dass die Keratitis parenchymatosa der Scrophulosen doch nur dem luetischem Einflusse der Eltern oder einer früheren Generation ihre Entstehung und Entwickelung verdanke. Ich beziehe mich hier auf das, was oben über das Zusammentreffen der Lues congenita mit der Scrophulose und über den Einfluss der elterlichen oder grosselterlichen Lues auf die Disposition der Kinder zu scrophulösen, respective tuberculosen Erkrankungen gesagt wurde.

Darüber lässt sich vorläufig nichts Positives sagen. Es scheint aber aus meiner Beobachtung hervorzugehen, dass die Doppelseitigkeit des Processes bei ungleichzeitigem Auftreten, so dass das zweite Auge erst 2 bis 4 Monate nach dem ersten erkrankt, für den luetischen Charakter der Krankheit spricht, ebenso eine lebhafte Betheiligung der Iris und des Corpus ciliare. Spontan enstandene Iritis, Cyklitis, Chorioiditis, Retinitis der Kinder oder Adolescenten zwingen zur Anerkennung des congenital luetischen Charakters der Krankheit.

Wenn wir aber durch die anamnestischen Nachforschungen und die darauf basirte Statistik belehrt werden, dass eine so namhafte Zahl — ich möchte sagen: die Mehrzahl — der Keratitis parenchymatosa der Lues congenita ihren Ursprung verdankt, so dass nicht nur Hutchinson, sondern sogar Fournier trotz seines

obigen Satzes sie unter den wichtigsten Zeichen der Lues congenita tarda aufführt, so ist nicht recht verständlich, warum sie dann, wenn sie von Syphilis abgeleitet werden muss und die Theilerscheinung eines specifischen Krankheitsbildes darstellt, nicht als syphilitische Form aufgefasst werden soll.

Dieser Auffassung steht auch die Thatsache nicht entgegen, dass die antisyphilitische Therapie den Verlauf des Leidens oft nicht sichtlich beeinflusst, während sie doch bisweilen wieder von auffallender Wirkung ist. Die Therapie ist hier noch zu keinem Abschlusse gekommen. Bei milderen oder sehr trägen Formen habe ich oft vom Gebrauche der Haller Cur allein die besten Erfolge gesehen; bei schwereren, rasch auftretenden, ist bisweilen eine energische Schmiercur zugleich mit innerlichem Jodgebrauche von glänzender Wirkung, falls sich die sonstigen Verhältnisse der Kranken bezüglich Luft, Wohnung und Ernährung gut gestalten lassen. Zu beachten ist die Angabe von Martineau über die Wirkung der subcutanen Injection von Hydrarg. peptonatum nach erfolgloser Schmier- und Jodcur, über die ich noch keine Erfahrungen habe. Zugleich kann ich aber die Erfahrung von Abadie bestätigen, dass die plötzliche Unterbrechung jeder örtlichen und allgemeinen Behandlung, falls letztere schon einige Zeit gedauert hatte und energisch, aber nicht erfolgreich genug war, manchmal im Stande ist, eine ebenso plötzliche, auffallende Besserung zu bringen und die Heilung rasch zu Ende kommen zu lassen. Natürlich muss dabei die sorgfältigste Ueberwachung stattfinden.

Bezüglich der örtlichen Behandlung möchte ich nur die einzige Bemerkung machen, dass ich, wenn beim Beginne der Keratitis die Pupille auf täglich mehrmals wiederholte Atropineinträufelungen sich nicht erweitert, sehr bald zum Duboisin (1 % Lösung) übergehe und davon oft sehr rasche und günstige Erfolge erlebt habe. Es mag sein, dass hier der Wechsel des Medicamentes es an sich ist, der den Erfolg bringt, daher auch der hin und wieder beobachtete günstige Einfluss des Escrins zur Zeit, wenn die lebhafteren Entzündungserscheinungen geschwunden sind.

Ich fasse also meine Ueberzeugung kurz mit den Worten zusammen, dass jeder Fall von Keratitis parenchymatosa geeignet ist, den Verdacht von Lues congenita wach-

zurufen und zur Erhebung aller möglichen Daten aufzufordern.

Zu diesen gehören auch die Erscheinungen der Hutchinson-schen Trias. Diese habe ich in ganz deutlicher Weise nur in wenigen meiner Fälle beobachten können, da die charakteristische Taubheit in Verbindung mit Keratitis parenchymatosa und der Hutchinson'schen Zahnbeschaffenheit nur in vier meiner Fälle vorhanden war. Ich gestehe aber, dass ich nicht, wie es auf der Fuchs'schen Klinik in Lüttich bei allen Fällen von Keratitis geschah (Leplat), Messungen der Gehörschärfe mittelst der Uhr anstellte, sondern nur die ausgesprochene Schwerhörigkeit verzeichnete und daher die Gehörsstörungen geringen Grades, die weder den Kranken noch ihrer Umgebung auffielen, wahrscheinlich oft übersehen habe. In zwei Fällen war es zur absoluten Taubheit gekommen (Nr. 50 und Nr. 66 der Krankengeschichten); bei G. V. (Nr. 50) kehrte aber das Gehör, wenn auch nicht vollständig, wieder zurück, während die Kranke J. N. absolut taub blieb. Da aber das Mädchen, bei dem noch hervorzuheben ist, dass sich die Taubheit sehr langsam und nicht, wie es meistens der Fall ist (Hermet), rapid entwickelte, als es taub wurde, bereits 15 Jahre alt war, so blieb ihm die Sprache erhalten, nahm jedoch allmählich den monotonen Charakter der Taubstummensprache an. In diesem Falle könnte man, da auch ein Theil des Oberkiefers und das ganze knöcherne Nasengerüst, sowie ein Theil der Gaumenbögen zu Grunde gegangen war, an eine locale Fortpflanzung des Processes durch die Ohrtrompete auf die Trommelhöhle und von da auf das Labyrinth glauben. Allein abgesehen davon, dass eine bedeutendere Mittelohraffection nicht nachgewiesen werden konnte, sprachen auch die anderen Fälle dagegen, wo, wie im Falle Nr. 65, die Taubheit der Affection der Nasen- und Rachenhöhle voranging, oder, wie bei G. V., diese gar nie vorhanden war. Es liegt vielmehr näher, anzunehmen, dass da ein specifischer Process im Labyrinthe, wahrscheinlich eine parenchymatöse Entzündung ähnlicher Art stattfinde, wie sie in der Cornea zur Entwicklung kommt. Der Zusammenhang dieser Art von Taubheit mit den luetischen Nasenleiden ist wahrscheinlich nicht inniger, als ihre Beziehung zur Keratitis parenchymatosa.

Obgleich Auge und Ohr durch verbindende Canäle mit dem Nasenrachenraume und dadurch untereinander in Verbindung stehen, so ist es doch nicht wahrscheinlich, dass eines dieser Leiden ex contiguitate, durch Weiterkriechen von dem einen dieser Organe in das andere entstehe. Denn wenn mich auch meine Erfahrung lehrte, dass unter den 43 Patienten mit Keratitis parenchymatosa luetica nicht weniger als 11, d. i. 25·58 Procent zugleich an luetischen Nasen- und Rachenkrankheiten litten, so habe ich doch einerseits gesehen, dass bei manchen der letzteren die Keratitis früher da war, als die Ozaena und dass einmal sowohl die Keratitis als auch die Taubheit der Erkrankung der Nasenhöhle vorausging; andererseits sind doch fast 74 Procent aller Keratiden ohne Ozaena geblieben.

Diese Erörterung leitet zu den Bemerkungen über die congenital-luetischen

C. Krankheiten der Nase, des Rachens und des Gaumens.

Als einzige Form	9 männl.,	7 weibl.	=	16 Kranke
mit noch einer Form combinirt	9 „	14 „	=	23 „
mit zwei oder mehr Formen combinirt	3 „	7 „	=	10 „
Summa .	21 männl.,	28 weibl.	=	49 Kranke

Die Combinationen waren mit

Knochenleiden	bei	6 männl.,	11 weibl.	=	17 Fälle
Augenleiden	„	6 „	11 „	=	17 „
Gummata und Geschwüren	„	1 „	2 „	=	3 „
Drüsenleiden	„	1 „	5 „	=	6 „
Taubheit	„	2 „	2 „	=	4 „
Scrophulose	„	2 „	1 „	=	3 „

Eigentlich sollten die congenital-luetischen Krankheiten der Nase und ihrer Höhle von denen des Gaumens und der Rachenhöhle getrennt werden. Da aber beide Processe so häufig, ja gewöhnlich nebeneinander und nacheinander vorkommen, so ist ihre gemeinsame Besprechung gerechtfertigt.

Wir müssen bei der hierhergehörigen Ozaena zweierlei Formen unterscheiden: *a)* die parenchymatöse Form, die Rhinitis chronica luetica und *b)* die gummös-ulceröse Form.

Die Entwicklung der ersteren findet meistens sehr leise und langsam statt. Ein unscheinbarer, aber hartnäckiger Katarrh beginnt gewöhnlich im 9. bis 10. Lebensjahre, wird im Sommer besser, dann wieder schlechter, endlich wird das Secret übelriechend und der Arzt deswegen gefragt. Kommt man gegen das Ende des ersten Jahres der Krankheit dazu, so findet man bei jüngeren Kindern den Nasenrücken verbreitert und etwas abgeplattet, bei älteren fehlt in dieser Zeit das Symptom. Mit Hilfe des Spiegels sieht man die Schleimhaut der Nasenhöhle dunkel geröthet, hinten und oben die glänzende, ödematös aussehende Schleimhaut der mittleren Muscheln, die bisweilen mit gelbem Secrete belegt ist, zwischen den dunkelrothen Wülsten der unteren Muscheln und der Nasenscheidewand hervorglänzen.

In diesem Zustande bleibt die Nase oft lange Zeit, ja mehrere Jahre lang, und gelangt endlich zur Heilung, indem die Erscheinungen langsam, wie sie gekommen sind, zurückgehen; nur die Formveränderung ist geblieben. Nicht selten aber entwickeln sich zugleich Geschwürsprocesse gummöser Natur, besonders an der Scheidewand, und es kommt zur Durchbohrung derselben, eventuell zur Deformität der Nase.

Kommt man später dazu, so findet man das Septum bisweilen schon durchbohrt und zugleich die Schleimhaut der Nasenhöhle dunkel geröthet und mit dicken Borken belegt, nach deren Entfernung oft leicht blutende Geschwüre, besonders an den Nasenmuscheln, zum Vorscheine kommen. In späterer Zeit haben wir Nekrose des Vomers und der Muscheln, bisweilen eines Stückes der Gaumenplatte oder des Mittelstückes des Oberkiefers mit den mittleren oder allen vier Schneidezähnen und Durchbohrung des harten Gaumens. In dem Falle J. N. (Nr. 65 der Krankengeschichten) hat der Verlauf von der chronischen Rhinitis bis zur Abstossung der Nekrosen nicht weniger als acht Jahre gedauert. Der weiche Gaumen ist gewöhnlich erst später am Processe betheiligt; gleichwohl kann man in einzelnen Fällen gummöse Processe am weichen Gaumen und im Pharynx als erste Form oder auch ohne Betheiligung der Nasenhöhle beobachten. Im Falle 91 hat die Krankheit mit einem gummösen Processe am Nasenflügel und der Nasenspitze eingesetzt und ist gegen die Scheidewand fortgeschritten.

Es wäre von Interesse, die differentielle Diagnose der congenital-luetischen Ozäna und der analogen scrophulösen Veränderungen der Nasenhöhle festzustellen. Hier geht es uns aber wie mit der Keratitis parenchymatosa. Wenn eine Symptomenreihe allein steht, so ist wohl manchmal eine differentielle Diagnose schwer; wir kommen aber selten in diese Lage. Höchstens sind die Anfangsstadien der nicht gummösen Form, wenn die Ozaena luetica langsam mit den Erscheinungen des chronischen Katarrhs auftritt, geeignet, den Arzt im Dunkeln zu lassen. Denn die scrophulösen Erkrankungen der Nase treten nicht selten primär in den oberen Theilen der Nasenhöhle auf und die Schleimhautschwellung drängt bei Kindern bisweilen die Nasenfortsätze der Oberkiefer auseinander, so dass die Nasenwurzel verbreitert erscheint und die betastenden Finger, vom Nasenrücken gegen die Wangen gleitend, die Abstände der Nasenbeine von den Nasenfortsätzen der Oberkiefer deutlich fühlen können. Dabei ist die Nase verstopft, der Nasenschleim reichlicher und gelb oder gelbgrün. Aehnliches kommt, wie erwähnt wurde, auch bei congenitaler Lues vor und die Diagnose muss in diesem Stadium die anderen Symptome und die Anamnese zu Hilfe rufen oder beim Fehlen derselben unentschieden bleiben. Wenn es aber bereits zu Geschwürsprocessen an der Scheidewand, zu ihrer Durchbohrung, zur Nekrose des Vomers, der Muscheln oder der Gaumenplatte gekommen ist, so ist die luetische Natur des Vorganges ausser Zweifel, denn die zuletzt erwähnten Processe kommen bei Scrophulose nicht vor. Da kämen nur tuberculöse Geschwüre in Frage, deren Diagnose in letzter Instanz vom Mikroskope festgestellt werden muss. Sie kommen ohne Zweifel auch hier vor, wenn mir gleich noch keines begegnet ist. Lupus der Nase, der von der Haut auf die Schleimhaut übergreift, gehört eben doch nicht ganz zu den tuberculösen Geschwüren.

D. Drüsenleiden.

Selbstständig tritt das congenital-luetische Drüsenleiden zumeist am Nacken und am Halse auf. Bei jungen Mädchen ist es um die Zeit des Beginnes der Pubertät manchmal die erste und einzige Erscheinung der angeborenen Lues. Sein Auftreten

ist gewöhnlich einseitig oder doch auf einer Seite viel entschiedener als auf der anderen. Die Drüsen um den Warzenansatz des Kopfnickers sind dabei am lebhaftesten betheiligt und an sie reihen sich, oft bis zum Schlüsselbeine herab, die anderen Nackendrüsen. Die Consistenz ist viel weniger hart als die der tuberculösen Drüsen, sie besitzen etwas Elasticität wie die einfachen Lympdrüsen und unterscheiden sich dem Gefühle nach nicht von den geschwollenen Lymphdrüsen der secundären Syphilis.

Interessant ist die Combination des Drüsenleidens mit der Ozaena. Man kann zweierlei Formen unterscheiden, indem *a)* selbstständig bisweilen neben der Ozaena und Keratitis eine indolente Schwellung der oberen Hals- und Nackendrüsen entsteht, die manchmal eine Drüsengeschwulst am Kieferwinkel bildet. Hier kann sie selbst das erste Symptom sein und vor jenen auftreten, von denen sie nicht bedingt wird, sondern mit denen sie nur die gemeinsame Ursache theilt. Oder sie begleitet als sympathisches Drüsenleiden die nekrotischen Processe des Nasengerüstes und des Oberkiefers und ist dann wahrscheinlich durch Uebertragung von Eitercoccen der eliminirenden Eiterung bedingt. In diesem Falle kommt es mitunter zur Verkäsung und Eiterung.

Merkwürdig selten habe ich diese sympathische Schwellung an den Leistendrüsen bei den cong. luetischen Leiden der Schienbeine beobachtet, wenn es auch in diesen zur Geschwürsbildung und Eiterung gekommen war, während bei den scrophulösen, respective tuberculösen Knochenleiden der unteren Gliedmassen die Schwellung und der käsige Zerfall der Leistendrüsen so ausserordentlich häufig vorkommt. Diese Art des sympathischen Drüsenleidens ist als nicht zum luetischen Processe gehörig in der folgenden Statistik nicht angeführt.

Die luetische Drüsenschwellung kam im Ganzen achtmal zur Beobachtung, und zwar bei zwei männlichen und sechs weiblichen Kranken. Als einzige Form, wie sie ohne Zweifel öfter vorkommt, habe ich sie nie notirt, weil man ja nicht berechtigt ist, eine indolente Drüsengeschwulst, die von gar keinem Zeichen von Lues begleitet ist, als ein Symptom dieser zu erklären.

Combinirt mit noch einer Form war sie bei . .	2 männl. und 1 weibl.	= 3 Patienten
Combinirt mit noch zwei oder mehr Formen bei	— „ „ 5 „	= 5 „
Summa .	2 männl. und 6 weibl.	= 8 Patienten

Die Combinationen waren:

mit Augenleiden	1 männl.,	3 weibl.	= 4 Kranken
„ Nasen- und Rachenleiden .	1 „	5 „	= 6 „

E. Gummen und Geschwüre.

In dieser Rubrik sind die gummösen Processe der Nase, des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes nicht inbegriffen, da diese bei der Rubrik *C* in Betracht kamen, sondern nur die an den übrigen Körpertheilen vorgekommenen Vorgänge dieser Gattung. Ich habe ausser diesen noch 20 Fälle mit dieser Form der Lues congenita tarda verzeichnet, und zwar bei 7 männlichen und 13 weiblichen Kranken. An diesen kamen sie

als einzige Form bei . . .	1 männl.,	3 weibl.	= 4 Patienten
mit noch einer Form bei .	5 „	8 „	= 13 „
„ „ zwei und mehr Formen bei	1 „	2 „	= 3 „

vor.

Die Combinationen waren:

mit Knochenleiden	5 männl.,	9 weibl.	= 14 Patienten
„ Augenleiden	2 „	3 „	= 5 „
„ Nasen- und Rachenleiden	1 „	2 „	= 3 „
mit Drüsenleiden bei . . .	— „	2 „	= 2 „
„ Viscerallues bei . . .	— „	2 „	= 2 „
„ Leiden des Gehörorganes bei	1 „	— „	= 1 „

Die Gummen der Lues congenita tarda unterscheiden sich meistens nicht von den aus acquirirter Lues stammenden. Doch

habe ich Fälle beobachtet, welche einigermassen davon abweichen. Einen davon, den ich nicht in meine Statistik aufgenommen habe wegen der Wahrscheinlichkeit, dass bei der Geburt schon ein specifischer Ausschlag vorhanden gewesen sei, will ich hier anführen, weil ich bei der Behandlung des Kranken, über dessen Kindheit und Familie ich damals nichts erfahren konnte, lange Zeit selbst nicht auf den Verdacht der Lues kommen konnte. Ich wurde vor einem Jahre zu einem sehr gut entwickelten, gut gefärbten, kräftigen Jungen von 15 Jahren, an dem durchaus nichts den Verdacht von Lues zu erregen vermochte, gebeten, der in der Mitte beider Unterschenkel aussen von der Schienbeinkante je ein längsovales (links 4 Centimeter, rechts 5 Centimeter im Längendurchmesser haltendes), durch fungöse, die Hautoberfläche überragende Granulationen gebildetes Geschwür hatte. Die Geschwüre hatten das Aussehen jener Granulationswucherungen, welche wir so oft bei scrophulösen Processen finden, und ich musste sie umsomehr dafür halten, da mir der Institutsvorsteher sagte, dass der Junge in der Kindheit scrophulös gewesen sei, und weil die Beschaffenheit der Geschwüre so gar nicht an Syphilis gemahnte. Auch die Erzählung über die Entstehung aus Abscessen, die sich selbst überlassen worden waren, und über welchen die Haut nach und nach zerfallen war, entsprach meiner Annahme. Ich entfernte die Granulationen mit dem scharfen Löffel bis auf die Fascia und entdeckte dabei, dass diese durchbrochen und durch einzelne Lücken derselben die Granulationen durchgewuchert waren. Innerhalb der Fascie waren sie in gleicher Ausdehnung wie ausserhalb entwickelt und wurden mit dem scharfen Löffel allenthalben hervorgeholt. Nachdem die Blutung gestillt war, wurde in den entstandenen Hohlraum Jodoformpulver eingeblasen, aussen Jodoformgaze aufgelegt, darüber etwas Guttaperchapapier gegeben und nun mittelst Bruns'scher Watteballen ein Druckverband angelegt. Die Heilung kam ganz glatt zu Stande. Erst später wurde mir bekannt, dass die angeblichen scrophulösen Symptome der Kindheit luetische waren und erst später kamen anderweitige luetische zum Vorscheine.

Von ganz besonderem Interesse, weil von charakteristischer Beschaffenheit, sind aber gewisse gummöse Formen eigener Art, d. i specifische Infiltrationen der Haut, des Zellgewebes

und der Beinhaut, die nicht genau in den klinischen Rahmen des gewöhnlichen Gumma hineinpassen und die in solcher Intensität und Ausdehnung unter den Spätformen der erworbenen Syphilis selten beobachtet werden können. Ich fand dieselben bei angeborener Spätsyphilis mehrmals, besitze aber nur von vier Fällen genauere Aufzeichnungen (s. Krankengeschichten Nr. 18, 46, 107 und 108) und bedauere lebhaft, dass ich in keinem Falle den Beginn selbst beobachten konnte. Den Angaben nach entwickelte sich langsam und fast schmerzlos eine Schwellung von beträchtlicher Ausdehnung und ziemlicher Härte, über welcher sich an einer beschränkten, nicht den ganzen Umfang der Geschwulst betreffenden Stelle die Haut röthete und nach und nach zerfiel. Die nach dem Zerfalle der Haut zurückbleibende Wundfläche fand ich dann von unregelmässiger, nicht charakteristischer Form, die Wundränder zumeist unterminirt, und den Grund der Wunde und die Masse der Geschwulst bildete eine weissgelbe, dichte, derbe, nekrotische Gewebsmasse, die dem Innern speckiger Kartoffeln ähnlich sah, wie man oft in tuberculösen Drüsen findet, deren dichtgedrängte Zellenneubildung sammt dem Drüsengewebe in toto zu gleicher Zeit der käsigen Degeneration unterlegen ist. Nach einer Richtung hin setzt sich diese Masse unter der unveränderten Haut in das benachbarte subcutane und intermusculäre Bindegewebe fort. Sie ist unbeweglich und hängt mit der Unterlage sehr innig zusammen; sie ist nekrosirt und übelriechend, aber nicht matsch, sondern derb und stösst sich nur sehr langsam ab. Wenn sich die Infiltration an der Tuberositas tibiae und von da über die innere Schienbeinfläche einwärts zwischen den oberflächlichen und tiefen Wadenmuskeln entwickelte, so erschien das Gewebe der Beinhaut wie der Fascie vollständig durchsetzt. Am Knochen fand ich nach ihrer Entfernung, die ich mit Hilfe der Kornzange und Schere zu beschleunigen suchte, und bei der leicht durch einen etwas kräftigeren Zug eine geringfügige Blutung des Wundbodens hervorgerufen wurde, die Oberfläche rauh und von deutlichen Osteophyten bedeckt, die zum Theile in kleinen Stücken und Nadeln nekrosirt waren und sich dann mitentfernen liessen. In den Weichtheilen erstreckt sich die nekrotische Masse mit zahlreichen Wurzeln in die Gewebslücken hinein.

Nach der Entfernung derselben tritt unter geringer Eiterung die Vernarbung rasch ein. Diese findet — wie bei syphilitischen Geschwüren überhaupt — nicht gleichmässig vom Rande gegen das Centrum hin statt, sondern beginnt an einer Stelle der Peripherie, wo das Infiltrat am dünnsten war und die Abstossung begonnen hatte und schreitet nach und nach fort, bis ihr etwa eine noch vorhandene nekrotische Zellmasse Halt gebietet. Es kann sogar vorkommen, dass alles bis auf eine kleine Wunde am Rande fest vernarbt und an die Unterlage angeheftet ist, dass aber die den Grund der kleinen Wunde bildende nekrotische Gewebsmasse sich unter der gesunden Haut excentrisch und nach der Tiefe weiter erstreckt und sich gerade so zur oberflächlichen Wunde verhält wie ein Knochensequester zur Mündung der Cloake. Erst nach der Loslösung und Entfernung dieses Zellgewebssequesters tritt dann schnell der Schluss der Vernarbung ein.

Doch auch nach derselben kommt es, selbst wenn der Kranke sonst als geheilt betrachtet werden konnte, und auch die Weichtheilnarbe heil blieb, bisweilen noch an kleinen Stellen der Knochennarbe wieder zum Aufbruche und zur Abstossung kleiner nekrotischer Osteophytennadeln, worauf endlich die definitive Heilung eintritt. Hat die Infiltration den Knochen freigelassen, wie an der Wade, so bilden sich manchmal zwei oder mehrere Aufbruchsstellen mit dazwischenliegenden breiten, unversehrten Hautbrücken, unter denen jedoch die nekrotische Gewebsmasse zusammenhängend verläuft. Hier findet die Heilung unter der Bildung tief eingezogener Narben statt. Am Oberarme sah ich das gleiche Verhalten (Krankengeschichte Nr. 109), doch habe ich es da nicht zur Nekrose des Knochens kommen gesehen. Wie erwähnt wurde, ist der Vorgang bei der congenitalen Spätsyphilis viel ausgedehnter, die Infiltration ist viel tiefer, die nekrotische Masse viel derber, trockener und dicker als bei den analogen Spätformen der erworbenen Lues, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Endlich ist der Verlauf wenigstens in den von mir beobachteten Fällen ein sehr langsamer gewesen. In den Fällen, über die ich Aufzeichnungen besitze und die in den Krankengeschichten angeführt sind, dauerte es 16 bis 18 Monate, bis die Heilung eintrat; freilich hatte früher keine specifische Therapie platzgegriffen, aber immerhin

forderte auch die energische antiluetische Behandlung mindestens drei Monate bis zur Erzielung der gewünschten Vernarbung.

Es handelt sich in diesen Fällen zunächst um die Unterscheidung von analogen tuberculösen Processen. Denn auch bei diesen kommen bekanntlich flächenartig ausgebreitete Zellenneubildungen vor, die ebenfalls verkäsen. Aber diese sehen doch ganz anders aus — abgesehen vom etwaigen bakteriologischen Befunde. — Bei diesen ist die kranke Haut in scharfer Abgrenzung von der gesunden 5 bis 10 Millimeter hoch emporgehoben, dunkelroth, seidenartig glänzend und an verschiedenen Stellen durchbrochen. Aus diesen Oeffnungen sickert eine spärliche, dünne, nicht übelriechende, eiterartige Flüssigkeit aus und den Grund derselben bildet eine weichere käsige Masse. Das Ganze fluctuirt nicht, ist ziemlich weich, so dass der aufdrückende Finger leicht durchbricht und man kann leicht wahrnehmen, dass fast nur die Epidermis erhalten ist, während der grösste Theil des Cutisgewebes im Processe untergegangen ist und mit dem in gleicher Weise veränderten Bindegewebe eine ziemlich homogene, käsige, nur stellenweise vom Granulationsgewebe durchzogene Masse bildet. Wenn aber die ganze Haut bereits zu Grunde gegangen ist, so liegt ein charakteristisches scrophulöses Geschwür vor, mit dem der geschilderte specifische Process nicht verwechselt werden kann.

F. Visceralluces

kam mir nur in neun Fällen vor, von denen der jüngste im siebenten, der älteste im 28. Jahre stand. Bei allen Kranken war sie mit Knochenleiden, bei je einer ausserdem noch mit Keratitis parenchymatosa und mit papulös-gummöser Hautsyphilis combinirt.

In einem Falle betraf sie die Leber, einmal Leber und Milz, einmal das Herz und Gehirn, einmal die Nieren und in den übrigen Fällen das Gehirn. Drei von diesen Kranken starben.

Ich habe in diese Rubrik die essentielle Kinderlähmung noch nicht aufgenommen, obwohl ich den, wie ich glaube, begründeten Verdacht habe, dass auch sie, wenn auch nicht durchwegs, so doch oft mit der elterlichen, vorzüglich väterlichen Lues zusammenhänge. Wenigstens machen mir drei solche Fälle, von denen ich einen vorne angeführt habe, die

Sache wahrscheinlich. Ich nehme davon Anlass, um die Kinderärzte und Elektrotherapeuten, denen essentielle Paralysen oft vorkommen, aufzufordern, diesem Zusammenhange nachzuforschen und ihre Ergebnisse zu veröffentlichen. Die sichere Aufklärung wäre hier auch für die Therapie von grosser Wichtigkeit; ich würde wenigstens in frischen Fällen Einreibungen von grauer Salbe längs der Wirbelsäule und innerlichen Jodgebrauch auch bei den zartesten Kindern versuchen.

Im Uebrigen muss ich auf die Casuistik verweisen und muss nur bezüglich des Falles Nr. 111 eine Bemerkung hinzufügen.

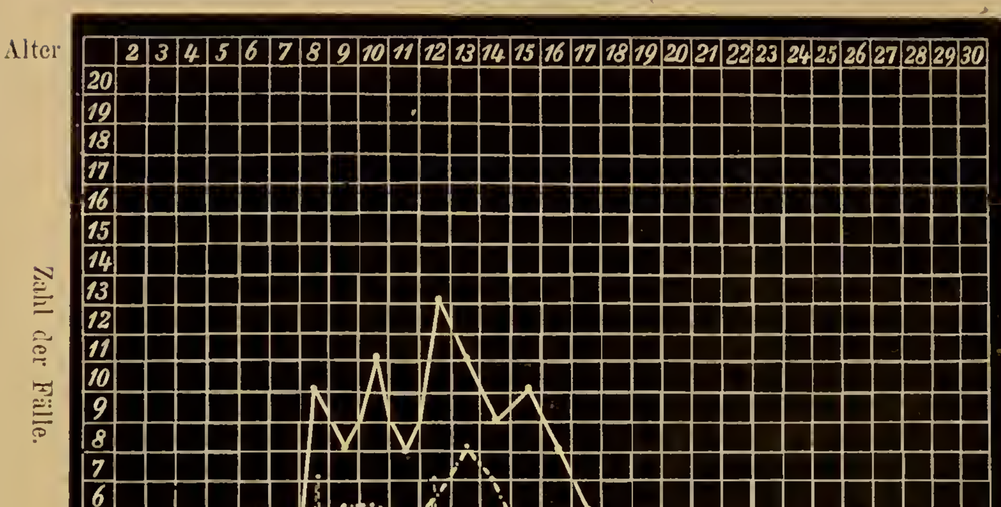
Wenn ich ihn mit einem Fragezeichen anführe, so geschieht es, weil die sichere Anamnese fehlt; trotzdem spricht aber alle Beobachtung dafür, dass wir es hier mit angeborener Spätsyphilis zu thun haben. Denn abgesehen davon, dass der Gatte bestimmt in Abrede stellt, je Syphilis gehabt zu haben, und ausserdem eine andere Quelle der Infection seiner Frau ausser aller Erwägung betrachtet und dass auch die Kinder bisher vollständig gesund zu sein schienen, ist doch der Umstand fast entscheidend, dass die erste luetische Erscheinung die Keratitis parenchymatosa war, die sogleich im Beginne der Schwangerschaft auftrat. Zwar habe ich, wie oben erwähnt wurde, Keratitis parenchymatosa auch dreimal bei erworbener Syphilis gesehen, aber dabei waren immer andere Symptomenreihen vorausgegangen und die Syphilis schon Gegenstand der ärztlichen Behandlung gewesen.

Zeit des Erscheinens der ersten Symptome.

Ueber die Zeit des Erscheinens der ersten Symptome der angeborenen Spätsyphilis scheint mir in der allgemeinen Meinung ein Irrthum zu herrschen. Gewöhnlich wird nämlich mit zu grosser Ausschliesslichkeit die Pubertätszeit als jener Zeitpunkt angesehen. Es ist nun allerdings richtig, dass die Mehrzahl dieser Formen dem Arzte erst in der Pubertätszeit der Kranken vorgestellt wird, nachdem sie freilich schon eine Zeit lang bestanden hatten. Wenn man aber ihrem Beginne nachgeht und dem Entstehen der ersten Zeichen nachforscht, so findet man ein anderes Verhältniss.

Um dieses klar ersichtlich zu machen, habe ich mein statistisches Materiale in einigen Tabellen graphisch dargestellt.

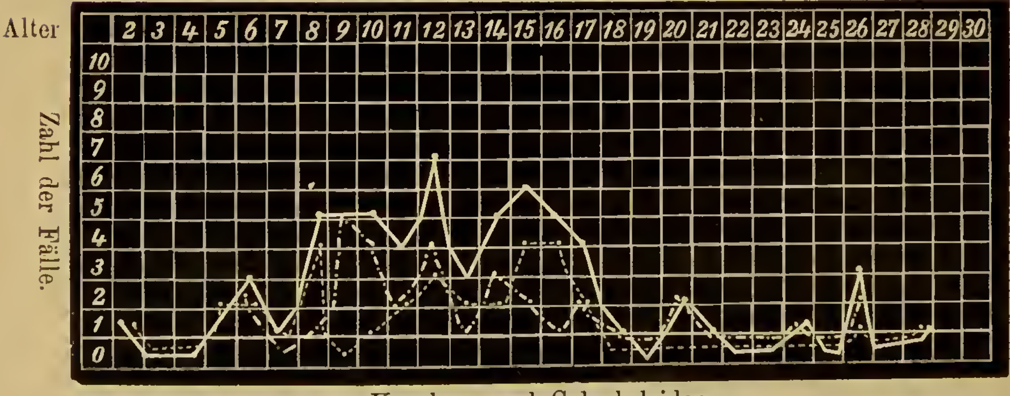
Tabelle I.*



Alle Fälle von Lues congenita tarda nach dem Auftreten der ersten Symptome.

58 männliche Kranke
69 weibliche „
127 Kranke

Tabelle II.



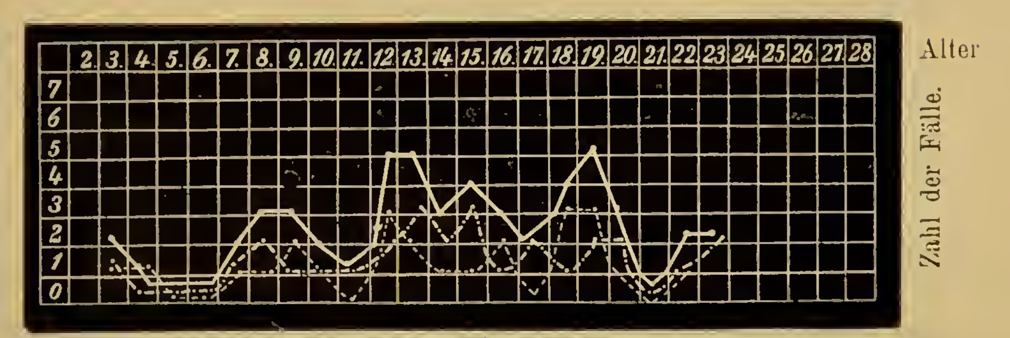
Knochen- und Gelenksleiden.

32 männliche Kranke
33 weibliche „
66 Kranke

---

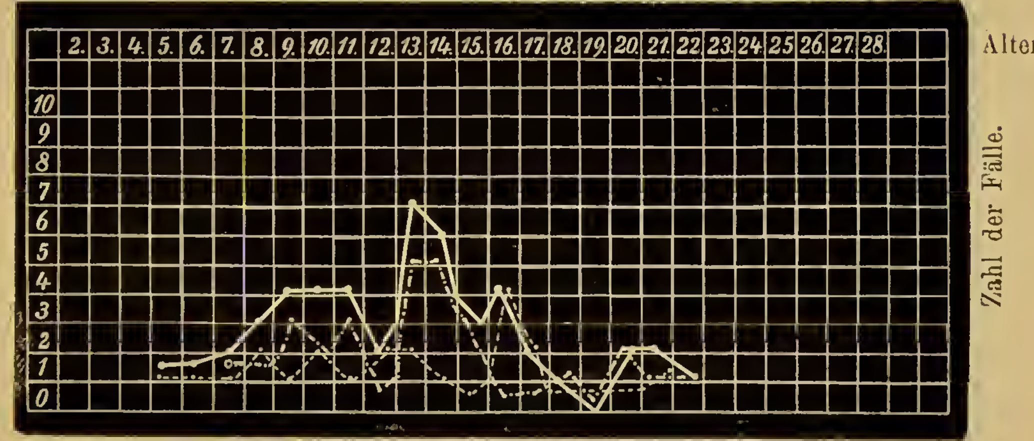
* - - - - - männliche Kranke.
. . . . . weibliche „
——— beide Geschlechter zusammen.

Tabelle III.



Augenleiden.
24 männliche Kranke
28 weibliche „
52 Kranke

Tabelle IV.



Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden.
21 männliche Kranke
28 weibliche „
49 Kranke

Aus der ersten derselben, auf welcher alle meine Fälle erscheinen, ersieht man — die beiden Geschlechter zusammengenommen — Folgendes:

Aus dem ersten Lebensjahre kommt kein Fall vor.

In den sieben ersten Lebensjahren erscheinen nur wenige, nur 17·3 Procent aller Fälle.

Die Curve steigt rasch im achten Jahre, erreicht im zwölften ihre höchste Erhebung und fällt nach dem siebzehnten rasch herab.

Die höchste Zahl trifft auch das zwölfte Jahr, circa 10 Procent.

Die vier Jahre vorher: achtes bis inclusive eilftes Jahr, und die vier Jahre nachher: dreizehntes bis inclusive sechzehntes Jahr, lieferten genau die gleichen Zahlen, nämlich je 37, d. i. je 29 Procent aller Fälle.

Vom siebzehnten Jahre an ergeben sämmtliche Fälle zusammen nur 17, d. i. 13·3 Procent.

Es ist also nicht richtig, wenn die Pubertätsperiode im Allgemeinen als besonders begünstigend angeführt wird; vielmehr geht aus der Tabelle I hervor, dass die ganze Zeit von der zweiten Dentition bis zum Schlusse der Geschlechtsreifung der Entwicklung der Lues congenita tarda günstig sei.

Wenn man aber die Curven der einzelnen Geschlechter betrachtet, so scheint allerdings beim weiblichen Geschlechte der Pubertätseinfluss zu bestehen, wenn auch nicht in dem früher angenommenen Masse, denn die vier Jahre vom zwölften bis inclusive sechzehnten enthalten 37·6 Procent aller weiblichen Fälle.

Dieses verschiedene Verhalten des Geschlechts und seiner Reifung zur Entwicklung der Krankheit, welches in diesen Tabellen graphisch dargestellt ist, kommt bei den Nasen- und Rachenleiden am auffallendsten zur Erscheinung (Tabelle IV) und darauf, dass diese Leiden sich am längsten und sichtbarsten geltend machen, mag es beruhen, dass die Pubertätsentwicklung bei dem Auftreten der Lues congenita tarda in zu ausschliessender Weise ins Auge gefasst wurde.

Dies gilt besonders beim weiblichen Geschlechte. In 27 von 68 Fällen = 39·70 Procent zeigte sich das Leiden zuerst im Alter von zwölf bis inclusive fünfzehn Jahren, während es bei Jünglingen im gleichen Alter in 18 Fällen = 30·5 Procent auftrat.

Ich kann nicht umhin, auf ein Moment hinzuweisen, das meine Krankengeschichten ergeben. Es ist wohl wahr, dass im Allgemeinen die hereditäre Syphilis um so energischer und häufiger auftritt, je kürzer der Zeitraum zwischen der elterlichen Infection und der Erzeugung des Kindes ist. Bezüglich der Lues congenita tarda besteht aber dieses Verhältniss gewiss nicht. Ich verweise da auf die Krankengeschichten Nr. 50, 67, 76, 83, 110, 111, 121, 124, aus denen hervorgeht, dass viele Jahre nach der In-

fection und nachdem schon gesunde und gesundbleibende Kinder geboren wurden, an einem der jüngeren Lues congenita tarda zum Vorschein kommt.

Andere Fragen.

Zur Beantwortung der Frage, ob die Syphilis des Vaters oder die der Mutter einen grösseren Einfluss auf die Entstehung der Lues congenita tarda ausübt, kann ich nur über 68 von meinen 127 Fällen aussagen. Unter diesen finde ich den Vater allein 37mal, die Mutter allein 21mal, Vater und Mutter zugleich 10mal verzeichnet. Diese Angaben entsprechen natürlich nicht der wirklichen Aetiologie, indem die dem Vater entsprechende Ziffer wahrscheinlich viel grösser ist, da nach der gewöhnlichen Erfahrung anzunehmen ist, dass auch die Lues der Mutter grösstentheils durch Infection vom Vater her erworben wurde. Ich glaube vielmehr, dass die Annahme, dass mindestens drei Viertel aller Fälle von angeborener Spätsyphilis der väterlichen Lues ihren Ursprung verdanken, und dass die Mutter ihre Lues meistens vom Vater, sei es direct oder indirect durch Rückschlag von ihrem Kinde, erhalten habe. — Es ist eine bekannte Thatsache, dass Frauen, die Kindern mit congenitaler vom Vater herstammender Lues das Leben geben, meistens frei von Syphilis bleiben und doch, wenn sie einen zweiten, gesunden Mann heiraten, später wieder vollkommen gesunde Kinder zur Welt bringen. Man hat jene Immunität nur durch die Annahme zu erklären versucht, dass sie doch durchseucht seien, wenn die Krankheit auch nicht sichtbar geworden sei. Sie sind allerdings durchseucht worden, aber in derselben Weise, wie die Präventivimpfung bei Milzbrand das betreffende Thier, die Kuhpockenlymphe den Menschen durchseucht, d. h. das Contagium hat unter bestimmten Verhältnissen im Fötus eine solche Veränderung, eine Abschwächung, erlitten, dass seine Wirkung nur mehr die einer Präventivimpfung ist, ohne einen gesunden Keim zu beeinflussen. In anderen Fällen aber ist die Abschwächung nicht ergiebig genug, und es kommt doch zur Bildung bestimmter tertiärer Symptome bei der Mutter und möglicherweise zur Uebertragung auf die nächste Frucht.

Für die Form der cong. Spätsyphilis scheint es ohne Bedeutung, ob sie dem Vater oder der Mutter zu ver-

danken ist, wenigstens kann ich aus meinen Fällen keinen solchen bestimmenden Einfluss ableiten.

Für die Beantwortung der Frage, ob die Syphilis der Eltern noch einen Einfluss auf spätere Generationen, auf Enkel oder Urenkel ausübt und welchen? habe ich in meiner Statistik nur drei ganz sichere Fälle, d. i. solche, wo mir alle drei Generationen persönlich bekannt sind, und einen, wobei ich wohl die zweite und dritte Generation gesehen habe, die Grosseltern aber nicht kenne und auch von ihnen nichts erfahren konnte. Dies ist der Fall Nr. 70. Dass in diesem die Keratitis parenchymatosa der Mutter bereits durch congenitale Lues bedingt war, geht aus der gleichartigen Erkrankung ihrer Schwester hervor. Beide und das Kind der einen erkrankten im gleichen Alter an der gleichen Form.

Im Falle Nr. 78 traten indolente Schwellungen der Nackendrüsen beim Enkel auf, die nach dem Gebrauche wiederholter Haller Curen zur vollkommenen Heilung gelangten. Es ist hier nicht klar, ob die Krankheit als scrophulös oder luetisch aufzufassen ist. Der Fall 124 bietet vorwiegend scrophulöse, respective tuberculöse Symptome; nur das kleine Gumma am linken inneren Augenwinkel, das vom Thränenbeine ausging, gemahnt an Lues congenita. In beiden Fällen litt die mütterliche Grossmutter noch im Greisenalter an tertiären Symptomen, in beiden war bei der Mutter luetische Ozäna, Einsinken des knöchernen Nasenrückens vorhanden und bei den Knaben kam die Scrophulose im eilften Lebensjahre zum Ausbruche bei Individuen, die sonst kräftig waren und deren Lebensverhältnisse und Antecedentien kein Moment zur Erklärung der scrophulösen Disposition darboten. Beide sind neben vielen anderen Belegen für die Berechtigung, die Lues congenita unter den Ursachen der Scrophulose aufzuführen, wie es ja oft die Volksmeinung, wenn auch meistens ungerechtfertigt, thut.

Im Falle 51 endlich sind die Enkel, kräftige Knaben von sieben und neun Jahren, noch ganz gesund.

Bezüglich der Schutzkraft der Lues congenita tarda gegen syphilitische Ansteckung kann nur ein Fall aus meiner Casuistik eine positive Antwort geben. Es scheint allerdings aus vielen Beobachtungen hervorzugehen, dass Lues congenita vielen ihrer Träger Immunität gegen neue Syphilis verleihe, aber der

Fall Nr. 53 der Krankengeschichten liefert den positiven Beweis, dass diese Immunität, wenn sie besteht, keine unbedingte und dauernde ist. Denn, da der Patient sieben Jahre nach der — wie sich aus seiner und seiner Schwestern Krankengeschichten ergibt — zweifellos congenital-luetischen Keratitis ambilateralis eine Sklerose und in deren Folge eine typische secundäre Syphilis erwarb, so folgt aus dieser Thatsache nur die Möglichkeit, entweder anzunehmen, dass die Lues congenita tarda vollständig heilbar sei und hier geheilt war, oder dass ein damit behaftetes Individuum doch manchmal eine neue Syphilis erwerben könne. Mir scheint die sonstige Beschaffenheit des kräftigen, blühenden jungen Mannes für die erstere Annahme zu sprechen. Es ist aber auch möglich, dass eine besonders intensive Infection hier im Spiele war und obsiegte.

Prophylaxis und Therapie.

Ehe ich auf das schwierige Capitel der Therapie der Lues congenita tarda übergehe, halte ich es für zweckmässiger, der **Prophylaxis** den Vorrang einzuräumen. Ich meine nicht die einfachste Vorbauung, die freilich die beste wäre: die Vermeidung der elterlichen Syphilis oder die Vermeidung der Zeugung von Kindern, wenn ein Ehetheil einmal Syphilis gehabt hat. Das wären Postulate, die ins Gebiet des Unausführbaren gehören. Ausführbarer ist schon der Rath Fournier's, für den ich aufs wärmste eintrete; nicht vor dem dritten Jahre nach dem Auftreten der Syphilis eine Ehe einzugehen und nicht, bevor die Syphilis durch mindestens zwei Jahre keine Zeichen mehr hervorgebracht hat. Aber die Verhältnisse sind oft stärker als die Menschen und der Einfluss des Arztes doch, besonders Männern gegenüber, die sich für gesund halten, nicht immer massgebend genug, um diese von einem Schritte zurückzuhalten, zu dem sie Neigung, materielles Interesse oder Ehrgefühl antreiben. Wenn also der Arzt auch das Eingehen einer Ehe zu einer Zeit, da er noch nicht von der definitiven Heilung seines Patienten überzeugt ist, nicht hindern kann, so vermag er diesen doch sehr oft zu bewegen, noch vor der Verehelichung sich einer Sicherheitscur zu unterziehen. Aber nicht alles, was man als Sicherheitscur anwendet, ist auch eine solche. Es kommt nicht selten vor, dass Ehestandscandidaten, deren Gewissen in puncto Syphilis nicht

ganz rein ist, noch immer irgend einer energischen Cur — Schwitzcuren, heissen Thermalbädern etc. — unterzogen werden, die geeignet ist, latente Lues wieder zum Vorscheine zu bringen, mit der Absicht, diesen Zweck zu erreichen. Dies scheint mir aber eine ganz verkehrte Massregel zu sein. Denn entweder erreicht eine solche Cur ihren Zweck oder nicht. Ist das erstere der Fall, was wurde damit geleistet? Doch wohl nur, dass der Patient erfährt, seine Lues sei noch nicht getilgt; aber um welchen Preis hat er diese Kenntniss gewonnen? Dadurch, dass er wieder syphilitisch geworden ist und seine Behandlung von vorne anfangen muss. Man gibt sich dabei nämlich keine Rechenschaft darüber, worin die hervorgerufene Recidive besteht, indem man sich die Natur der Latenz nicht klar macht. Ich will jetzt nicht auf meine vorne gegebene Hypothese darüber zurückkommen. Aber sie mag richtig oder unrichtig sein, jedenfalls ist die Thatsache nicht zu bezweifeln, dass es ein Latenzstadium gibt, in welchem die Syphiliskeime nicht allgemein im Körper verbreitet sind und das Sperma keine solchen enthält, denn sonst könnte es nicht vorkommen, dass zwischen mehr weniger congenital-luetischen Kindern ganz gesunde gezeugt werden, die doch auch den Familientypus des Vaters tragen. Wenn nun die Syphilis eines Menschen so latent ist, dass eine Probecur für nöthig erachtet wird, so sind jedenfalls nur vereinzelte, momentan nicht active Keime vorhanden oder, um einen bildlichen Ausdruck zu gebrauchen, die Syphilis schläft. Was thut man aber durch eine solche Probecur? Man weckt sie auf, oder, wie ich mich ausdrücken möchte, man bewirkt eine solche Veränderung im Organismus, dass die unthätigen, möglicherweise dem Vergehen nahen Reste des Virus wieder thätig werden und eine neue Erkrankung bedingen, d. h. man bewirkt eine Autoinfection des Menschen durch das wieder activ gemachte Virus. Und nun muss der Arzt freilich wieder mit einer antisyphilitischen Cur von vorne anfangen, um den Kranken zu heilen, und dieser steht nach der neuen Cur gerade dort, wo er früher war: weder er noch sein Arzt wissen, ob die Lues nun definitiv getilgt sei und er guten Gewissens ins Ehebett steigen könne.

Die Vertheidiger dieses Verfahrens mögen sagen: im Latenzstadium ist die Syphilis eben unthätig und möglicherweise zu-

gleich auch für Medicamente unzugänglich, durch ihre Reactivirung aber werde sie zugleich angreifbar und könne beseitigt werden. Aber abgesehen davon, dass eine solche Annahme durch keine Thatsachen wahrscheinlich gemacht wird, so ist der andere Fall, dass die Probecur kein Resultat ergibt, keine Syphiliserscheinungen hervorruft, auch nicht für das Erloschensein beweisend, denn mir sind nicht wenige Kranke mit Spätformen von Syphilis, Väter congenital-luetischer Kinder vorgekommen, die sich auf Grund einer Probecur, bei der nichts zum Vorscheine kam, bisher für ganz geheilt hielten und die Ehe eingingen, weil z. B. die Aachener Cur an ihnen spurlos vorübergegangen war. Der negative Erfolg einer solchen Probecur beweist also nicht nur nichts, sondern ist geeignet, den Patienten in falsche Sicherheit zu wiegen.

Daraus ergibt sich von selbst die richtige Prophylaxis: Ein Mensch, der einmal Syphilis gehabt hat, darf niemals für vollkommen sicher gehalten werden; er soll also vor dem Eingehen der Ehe 1. jedenfalls noch eine systematische antisyphilitische Cur durchmachen; 2. soll er aber auch späterhin, und zwar so lange er noch Kinder hofft, noch eine Dosis Jodkalium oder Jodnatrium wenigstens zweimal jährlich gebrauchen.

Fand die Verehelichung wenige Jahre nach der syphilitischen Erkrankung statt, so ist es zweckmässig, dass auch ohne Krankheitssymptome in den ersten Jahren noch ein oder die andere leichte Mercurialcur Anwendung finde, der dann der Jodgebrauch folge.

Wenn es auch dem Fachmanne selbstverständlich erscheint, glaube ich doch hier betonen zu sollen, dass jeder Abortus den Hausarzt veranlassen soll, den Gatten darauf aufmerksam zu machen, dass Fehlgeburten viel öfter auf luetischen Leiden der Eltern als auf Gebärmutterkrankheiten oder anderweitigen Veranlassungen beruhen. Der Gatte muss ins Verhör genommen und untersucht, und wenn er gesteht, oder an ihm Spuren der Krankheit gefunden werden, behandelt werden. Ich habe Männer meiner Clientel, die ich selbst einst an allgemeiner Syphilis behandelt habe und an denen jetzt, in späteren Jahren von Zeit zu Zeit noch hie und da Knochenschmerzen, die durch Jod wieder rasch beseitigt werden, auftreten, veranlasst, durch viele

Jahre zeitweise, besonders aber vor Vollendung des Wochenbettes ihrer Frauen, ihre gewöhnliche Joddosis von 10 Gramm in zehn Tagen zu nehmen, und glaube nicht im Unrechte zu sein, wenn ich die vollkommene Gesundheit ihrer Kinder dieser Vorsicht zuschreibe. Doch nicht darum führe ich diese Beispiele an, sondern um zu zeigen, dass sich die Leute nicht so schwer dieser Anordnung, deren Zweck sie ja einsehen, fügen.

Mit der Besprechung der **Prognose** und Therapie der Lues congenita tarda gelangen wir auf ein sehr schwieriges Capitel.

Im Allgemeinen lässt sich nur sagen, dass sich die Lues congenita tarda unserer gewöhnlichen Syphilistherapie gegenüber ungefähr so verhält, wie die letzten Spätformen der erworbenen Lues. Auch hier verhalten sich einzelne Formen und einzelne Kranke widersetzlicher gegen unsere gewohnten und anderwärtig oft bewährten Behandlungsmethoden als andere; auch hier herrscht die Neigung zu Recidiven, und wir müssen zugestehen, dass wir niemals mit voller Sicherheit einen solchen Patienten als ganz geheilt ansehen dürfen. Ich gebe daher im Vorhinein zu, dass mit der in meiner folgenden Statistik und in den Krankengeschichten vorkommenden Bezeichnung: „geheilt" nur die momentane Heilung, d. h. die Beseitigung der vorliegenden Krankheitserscheinungen und nicht die Ueberzeugung der gänzlichen wahrhaftigen Heilung gemeint ist. Wenn man nämlich — wie aus einzelnen Krankengeschichten ersichtlich ist — im Laufe einer langen, eigenen Beobachtung Pausen von mehr als 20 Jahren vollständiger Gesundheit zwischen den einzelnen Formen findet, so muss man einräumen, dass auch bei der Lues congenita tarda in keinem Alter und keinem Zeitpunkte bestimmt ausgesagt werden kann, ob die angeborene Krankheit noch im Körper existire oder nicht. Und da in allen Gebieten des Organismus Störungen beobachtet werden, die durch die Lues congenita tarda verursacht werden, so ist auch für den internen Kliniker wie für den Chirurgen, und für den Oculisten wie für den Otiater die Nothwendigkeit gegeben, bei den für die Behandlung nothwendigen Erhebungen der ätiologischen Momente auch jener stets zu gedenken und — um nur ein Beispiel zu wählen — bei Lebererkrankungen jüngerer Leute

auch die Zähne, die Schienbeine, die Cornea bei seitlicher Beleuchtung, die Nase zu untersuchen und den Nachrichten über die Familie nachzugehen.

Mit der Reserve aber, dass eben über die definitive Beseitigung des Leidens aus dem Körper niemals Bestimmtes ausgesagt werden kann, ist die Prognose im Allgemeinen nicht ungünstig. Die einzelnen Erscheinungsformen gelangen meistens bei entsprechender Behandlung nach längerer oder kürzerer Zeit zur Heilung.

Bei der **Therapie** ist vor Allem das wichtigste Moment die Herstellung möglichst günstiger Lebensverhältnisse. Sodann kommen, wie bei der Syphilistherapie überhaupt, die zwei Hauptmittel Jod und Mercur in Betracht. Für viele Formen, z. B. für leichtere Keratitis, für Drüsenleiden, für die katarrhalische Form der Ozäna, genügt gewöhnlich die Jodbehandlung und ich habe durch wiederholte Curen in Bad Hall allein die Herstellung vieler Kranken beobachtet. Hier kommt neben der Jodwirkung eben auch der Klima- und Aufenthaltswechsel und der Bädergebrauch zur Geltung, Momente, die alle den Stoffwechsel in günstiger Weise beeinflussen. Bei schwereren Formen muss eine energischere Jodcur platzgreifen, die in der Regel gut vertragen wird, zumal wir jetzt in der Verbindung der Belladonna mit den Jodpräparaten ein Mittel besitzen, das mit fast souveräner Macht der unangenehmen Wirkung des Jods auf die Schleimhaut der Respirationswege vorbeugt und die Jodcur jetzt für Leute möglich macht, die es früher nicht in den kleinsten Gaben vertrugen.

(Ich verschreibe gewöhnlich die Formel:

Kalii oder Natrii jodat. 10·00,
Aq. font. dest. 200·00,
Extr. belladonn. 0·10—0·15
Mds.)

Ergibt sich bei schwereren Formen mit raschem Verlaufe nicht bald ein entschiedener Erfolg von der Jodcur, so muss zur Schmiercur gegriffen werden, die wir übrigens bei schweren congenital-luetischen Ophthalmien, zerfallenden Gummen und Geschwüren der Nase, des weichen Gaumens und des Kehlkopfes, sowie bei Viscerallues, kurz in Fällen, wo Gefahr im

Verzuge ist, sogleich, wenn möglich in Verbindung mit der Jodcur, anwenden. In Bad Hall leistet mir die Combination der Schmiercur mit der Trink- und Badecur bei solchen Formen die besten Dienste. Ich habe bisweilen die Erfahrung gemacht, dass die Schmiercur, nachdem sie anfangs sehr vortheilhaft gewirkt hat und die dringendste Gefahr beseitigte, bei weiterer Fortsetzung versagt und die Besserung keine ferneren Fortschritte macht. Wenn ich sie nun unterbrochen und mich auf die Haller Heilpotenzen allein beschränkt, nach einer Pause von 2 bis 3 Wochen aber die Schmiercur wieder aufgenommen habe, so war der Erfolg wieder so eclatant wie am Beginne, und die Krankheitsform gelangte zur Heilung. Die Gabe darf meiner Ueberzeugung nach nicht zu klein sein; meine kleinste Tagesdosis ist bei Kindern von 8 bis 12 Jahren 1,50, bei Adolescenten 2·50, bei Erwachsenen 3·50 bis 4·50 Gramm. Dabei bemerke ich, dass ich sets darauf sehe, die Salbe einer grösseren Hautoberfläche auf einmal einzuverleiben, also die Tagesgabe immer auf beide Unterschenkel, beide Oberschenkel, beide Arme, die ganze Vorderfläche und dann die ganze Hinterfläche des Stammes einreiben zu lassen, daher jeder Turnus aus fünf Tagen besteht. Dass nach jedem Turnus oder auch während desselben in regelmässigen Terminen ein Ruhetag mit einem Reinigungsbade komme, ist zweckmässig. Ein zweites wichtiges Moment scheint mir darin zu liegen, dass die Einreibung, wenn es nur immer möglich ist, nicht vom Kranken selbst, sondern von einer dritten Person gemacht werde, weil viele Kranke nicht die Kraft und die wenigsten die Geduld haben, eine volle halbe Stunde und so viel Zeit ist bei Erwachsenen nöthig, continuirlich und gelinde zu reiben und, weil die mit der eigenhändigen Einreibung verbundene Erhitzung und Ermüdung bei manchen Formen, z. B. bei Augen- oder Gehirnleiden, geradezu schädlich wäre. Ich halte aber gerade die langanhaltende Verreibung der Salbe auf einer grösseren Körperfläche für besonders wichtig und daher empfehle ich die genaue Ueberwachung des Einreibenden und der Einreibung durch den Patienten oder den Arzt auf das angelegentlichste.

Ich würde auf diese zum Theile schon von Sigmund angegebene und neuerdings auch in Finger's Lehrbuch beschriebene Methodik der Schmiercur nicht so genau eingehen, wenn ich

nicht wüsste, dass in praxi sehr oft diesen Momenten in Bezug auf die Grösse der Gaben, der Hautflächen und die Zeitdauer der täglichen Einreibung nicht Rechnung getragen wird und der geringere Erfolg oft diesen Unterlassungen zugeschrieben werden muss.

Wie schon erwähnt wurde, widerstehen aber manche Fälle diesen Behandlungsmethoden und nöthigen, andere zu suchen. Die Therapie ist eben noch zu keinem Abschlusse gekommen und es ist zu erwarten und zu hoffen, dass uns die Zeit noch manche Heilmittel und Methoden bringen werde, die sich in Fällen, denen wir jetzt noch manchmal hilflos gegenüberstehen, wirksam erweisen werden.

Bei Erwachsenen oder älteren Adolescenten hat sich mir das Decoct Zittmanni allein oder als eine Unterstützung der Jodcur oder Schmiercur sehr gut bewährt, besonders bei Ozäna und schweren gummösen Formen. Ich habe es stets nach der Originalformel verordnet. Wochen- und monatelang fortgesetzter Gebrauch von Decoct. Sarsaparillae oder Holztränke haben sich mir hingegen so ziemlich werthlos erwiesen.

Ueber die Wirkung der Injection von verschiedenen Quecksilberpräparaten habe ich bei Lues congenita tarda keine Erfahrungen, werde aber speciell bei Keratitis parenchymatosa Martineau's Verfahren: Injectionen von Mercur. pepton und dergleichen Präparaten gewisss demnächst in gegebenen Fällen in Anwendung bringen. In einzelnen Fällen habe ich bei jüngeren Kindern von der alten Verbindung von Kalomel mit Rheum bei sorgfältiger Pflege der Mundschleimhaut mit gutem Erfolge Gebrauch gemacht.

Ein sehr wichtiges Agens ist hier der Arsenik und ich kann nicht verhehlen, dass mir sowohl die Tinct. Fowleri, 10 bis 20 Tropfen p. die, je nach dem Alter der Patienten, als auch das Roncegno- und Levicowasser bisweilen ganz ausgezeichnete Dienste geleistet haben. Ich habe die Arsenikpräparate sowohl allein, als auch in Verbindung mit der Jodtherapie angewendet, denn jene haben das Gute, dass sie sich in vortheilhafter Weise mit der letzteren verbinden lassen. In Bad Hall z. B. lasse ich in den gegebenen Fällen Morgens das Jodwasser und während der Mahlzeiten je 1 bis 2 Esslöffel voll Roncegnowasser in Rothwein trinken, oder man gibt 1 Stunde vor der Mahlzeit die

entsprechende Jodkalium- oder Jodnatriumlösung allein oder in etwas warmer Milch und unmittelbar nach dem Essen das Roncegnowasser oder die Arseniktropfen. Obgleich ich nur in wenigen Fällen eine Intoleranz des Magens gegen die Solut. Fowleri beobachten konnte, so stehe ich doch nicht an, den Bedenken Liebreich's gegen das darin enthaltene Kalisalz der arsenigen Säure Raum zu geben, und die viel weniger ätzende Eigenschaft der arsenigen Säure selbst anzuerkennen. Hat ja doch Hebra schon vor langer Zeit die Pilulae asiaticae bei Psoriasis mit Vorliebe gebraucht und empfohlen. Ich halte dafür, dass die Wirkung der Arsenikpräparate auf ihrer eminent tonisirenden Eigenschaft beruht; es ist wahrscheinlich, dass sie einen directen Einfluss auf die nutritiven Nerven besitzen.

Uebersichtstabelle der Krankheitsfälle.



Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceral-Lues	Leiden des Gehörorganes	Therapie u. Verlauf
1	A. P.	20 J. m.	Der Vater hatte vor der Ehe Syphilis, die Mutter und die jüngeren Geschwister sind angeblich gesund.	Im 15. J. Periostit. am linken inneren Knöchel	Tophi beid. Tib., später der Schädelknochen	—	—	—	—	Im 19. J. Lues der Leber u. Milz		Jodcur in Bad Hall u. zu Hause, dann wiederholte Schmiercur, hierauf wieder Jodcur. Anfangs Besserung Im 22. Jahre Ascites, Hauthaemorrhagien, Tod
2	H. S.	19 J. m.	Nachrichten über die Eltern fehlen; die jüngere Schwester (Nr. 116) leidet an denselben Formen wie H. S.	Im 9. J. Ozäna	Im 14. J. Schädeltophi	—	Im 9 J. Ozaena, dadurch Einsink. der Nase	—	—	—	—	Jodcur, Heilung; seither keine Nachrichten
3	S. T.	20 J. m.	Ueber den Vater ist nichts bekannt, die Mutter hat mehrere Fehlgeburten durchgemacht.	Im 8. J. Knochenleiden	Im 8. Jahre Auftreib. beider Schienb.-Diaphysen	—	Im 14. J. Ozaena, Durchlöch. d. Septums.	—	—	—	—	Oft wiederholte Jodcuren, endlich definitive Heilung
4	H. K.	25 J. m.	Der Vater, Arzt, hatte vor der Ehe Lues, die Mutter leidet an Tophis der Schienbeine, der ältere Bruder ist gesund	Im 10 J. Knochenleiden	Vom 10. bis 25. Jahre luetische Entzünd. d. Tibiae, d. Acromien u. d. Stern.	—	Im 19. J. Geschwüre auf der Nase	—	—	Im 16 J. Orchitis d.	—	Oft wiederholte Jodcuren; vom 25. Jahre an Heilung, die seit 8 Jahren anhält
5	A. G.	10 J. m.	Der Vater soll Geschwüre an den Unterschenkeln haben.	Im 8. J. Knochenleiden	Luetische Ostitis beider Tibiae	—	—	—	—	—	—	Jodcuren und wiederholte Knochenoperationen bringen im 14. Jahre Heilung
6	J. K.	13 J. m.	Beide Eltern leiden an Knochensyphilis des Schädels u. der Schienbeine.	Im 10. J. Ozäna	Im 15. J. Lues beider Tibiae	Im 13. J. Keratitis p. ambilat.	Im 10. J. Ozaena, charakt. Nasenf.					Wiederh. Jodcuren u. Operationen an den Schienbeinen. Heil. seit 10 Jahren

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Viscerallues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
7	? R. S.	5 J. m.	Vom Vater nichs zu erfahren, die Mutter ist anämisch, ebenso die Geschwister, eine Schwester litt als 3jähriges Kind an Aufregungszuständen, Hallucinationen und Schlaflosigkeit	Im 6. J. Knochenleiden	Im 6. J. Ostitis beider Tibiae	—	—	—	—	—	—	Heilung durch Mercur und Jod
8	M. H.	19 J. m.	Ueber die Eltern keine Auskunft, eine Schwester soll das gleiche Leiden haben	Im 15. J. Knochenleiden	Im 15. J. Ostitis beider Tib. Im 19. J. Schädeltophi	—	—	—	—	—	—	Heilung durch Jodcur binnen 3 Jahren
9	S. W.	14 J. m.	Der Vater leidet angeblich an „Gicht", die jüngere Schwester an Auftreibung beider Schienbeine	Im 11. J. Knochenleiden	Vom 11. J. luetische Schwell. beider Tibiae	—	—	—	—	—	—	Besserung durch Jodgebrauch
10	F. A.	10 J. m.	Der Vater hatte vor der Ehe Lues	Im 8. J. Knochenleiden	Tophi beider Tibiae	—	—	I. 10. J. charakter. Geschwüre a. den Unterschenkeln	—	—	—	Heilung durch Jod
11	W. T.	17 J. m.	Fehlen	Im 8. J. Keratitis parenchymat. ambilat.	Im 14. J. Osteomyelitis humeri	Im 8. J. Keratitis ambilat.	Im 17. J. Ozäna und Durchbohrung des Septum u. des harten Gaumens	—	—	—	—	Wiederholte Jodcur, dann Schmiercur und wieder Jodcur brachten Heilung, die im nächsten Jahre noch fortdauerte

12	V. S.	14 J. m.	Der Vater hatte Lues und bald nach der Geburt des V. S. schwere tertiäre Symptome, die Mutter und zwei Geschwister sind gesund	Im 14. J. Ostitis	Ostitis epiphis. sup. tibiae utriusque	—	—	—	—	Leber- u. Milzschwellung	—	Jodcur, Besserung, im nächsten Winter Recidive, wiederholte Jodcur, noch in Behandlung
13	N. S.	10 J. m.	Bruder des Obigen	Im 10. J. Knochenleiden	Im 10. J. Ostitis tib. utriusque luetica	—	—	—	—	—	—	Jodcur, noch in Behandlung
14	M. M.	8 J. m.	Der Vater hatte im 50. Jahre einen apoplectischen Anfall und starb nach zwei Jahren als Paralytiker, die Mutter litt an Tophis beider Tibiae	Im 6. J. Knochenleiden	Im 6. J. Ostitis margin. sup. orbital u. der l. Tibia	—	—	—	—	—	—	Oft wiederholte Jodcuren, Heilung; Ectropium palpebr. sup.
15	G. S.	16 J. m.	Die Eltern sollen gesund sein	Im 12 J. Knochenleiden	Im 12. J. Ostitis bd. Schienbeine, 15 J. der Kniescheibe, 16 J. zerfallener Tophus	—	—	—	—	—	—	Heilung durch Jodgebrauch
16	N. K.	19 J. m.	Der Vater, Arzt, war syphilitisch	Im 10. J. Gummata	Im 14. J. C. s. Ostitis beider Schienb.	—	—	Im 10 J. Gummen u. Geschwüre im Gesichte und auf der Stirn	—	—	—	Jodcuren, Heilung
17	? J. S.	14 J.	Fehlen.	Im 12. J. Gumma	—	—	—	12. J. Gumma u. spec. Geschw. d. l. Wade, 14 J. Gumma d. l. Oberarmes	—	—	—	Jodcur, geheilt

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Visceralliues	Drüsenleiden	Leiden des Gehörorganes	Therapie u. Verlauf
18	A. P.	17 J. m.	Fehlen	Im 12. J. Knochenleiden	Seit dem 12. Jahre Tophi der Schienbeine, des Schädels, d. Sternum	—	—	—	—	—	—	Jodcur, lange Zeit fortgesetzt, Heilung
19	O. G.	13 J. m.	Der Vater hatte Syphilis	Im 12. J. Gumma	Im $12^1/_2$. J. Gumma d. oberen Epiphyse d. l. Tibia	—	—	Im 12. J. Gumma am Knie u. Unterschenkel	—	—	—	Jodcur, Decoct. Zittmanni, Heilung
20	W. O.	5 J. m.	Einziges Kind, über den Vater ist nichts Bestimmtes zu erfahren, die Mutter scheint gesund zu sein	Im 5. J. Knochenleiden	Im 5. J. entzündl. Schwell. d. Knochen des Knies und des l. Ellbogengelenkes, Gonitis serosa	Im 7. J. Keratitis parenchymatosa ambilat.	—	—	—	—	—	Die Jodcuren beseitigten die entzündlichen Symptome, ohne die Recidiven zu verhüten. Zuletzt Calomel mit Rheuma mit gutem Erfolge u. locale Quecksilbereinreibungen. Seither verschollen
21	E. R.	20 J. m.	Der Vater hatte in der Jugend Syphilis	Im 14. J. Conjunct. et bleph. adenitis.	Im 16. J. Ostitis ulnae sin und beider Schienbeindiaphysen	Im 20. J Keratitis parench. beider Augen	—	—	—	—	—	Wiederholte Jodcuren brachten Heilung der jeweiligen Symptome; seit drei Jahren Ruhe

22	E. C.	19 J. m.	Fehlen, weil Patient sehr früh verwaist ist	Im 15. J. Knochenleiden	Im 15. J. Tophi beider Schienb.	Im 18. J. Choriodiditis ambilat.	—	—	—	—	—	Zwei Schmiercuren, lang fortges. Jodcur, Heilung, die nach drei Jahren noch besteht.
23	G. Sp.	17 J. m.	Der Vater hatte in der Jugend Syphilis	M. 16½ J. Knochenleiden	Im 16½ J. Tophus femoris d.	—	—	—	—	—	—	Prompte Heilung durch starke Jodcur.
24	? J. M.	12 J. m.	Der verstorbene Vater war „kränklich", die Mutter ist gesund	Im 12. J. Augenleiden	—	Im 12. J. Retinitis d.	—	—	—	—	—	Schmiercur, Jodcur, rasche Heilung
25	J. B.	17 J. m.	Fehlen	Im 13. J. Knochenleiden	Im 13. J. Gonitis sin., 15 J. Ostitis diaphys. tibiae sin.	Im 16. J. Keratitis parenchymat. ambilat.	—	—	—	—	—	Jodcur, Heilung. Verschollen.
26	H. P.	25 J. m.	Der Vater soll oft an „rheumatischen" Schmerzen leiden	Im 16. J. Knochenleiden	Im 16 J. Tophi bd. Schienb.	Im 19. J. Keratitis ambilat.	—	—	—	—	—	Rasche Besserung durch starke Jodcur, verschollen.
27	J. R.	18 J. m.	Vater und Mutter haben vor seiner Geburt Lues durchgemacht	Im 17. J. Knochenleiden	Im 17. J. Tophus ulnae d.	18. J. Keratitis parenchymatosa ambilat.	—	—	—	—	—	Schmiercur, dann Jodcur erzielen rasche Besserung
28	H. C.	28 J. m.	Der Vater litt an Syphilis, zwei Schwestern litten an Keratitis parenchym.	Im 16. J. Drüsenleiden	—	V. 22—26 J. Keratis parenchym. iritis, Cycl.	—	—	16. J. Indol. Schwellg. d. Nackendrüsen	—	—	Wiederholte Recidiven; Schmiercuren, Jodcuren, endlich seit zwei Jahren Ruhe
29	M. G.	14 J.	Der Vater hatte Syphilis	Im 14. J. Augenleiden	—	14. J. Keratitis parenchymatosa ambilat.	—	—	—	—	—	Lang fortgesetzte Jodcur, Heilung

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceralllues	Leiden des Gehörorganes	Therapie u. Verlauf
30	A. F.	4 J. m.	Der Vater leidet an Lues und in Folge eines vor einem halben Jahre erfolgten apoplektischen Anfalles an Hemiplegia d.	Im 4. J. Augenleiden	—	Im 4. J. Keratitis p. ambil.	—	—	—	—	—	Jodeur, Leberthran, Heilung
31	A. K.	13 J. m.	Fehlen über die verstorbenen Eltern; die ältere Schwester (73) hatte Keratitis parenchym.	Im 10. J. Augenleiden	—	Im 10. J. Keratitis p. ambil., die durch drei Jahre Nachschübe macht	—	—	—	—	—	Jodeur, Besserung, verschollen
32	J. S.	16 J. m.	Ueber den verstorbenen Vater keine genügende Auskunft; die Mutter Tophi tib., acromiorum, sterni, Spitzenkatarrh	Im 15. J. Drüsen-Abscesse	—	Im 16. J. Keratitis par. und episkleritis sin.	Im 16. J. Geschw. d. Nasenscheidewand	—	—	—	—	Locale Behandlung, Jodeur, Heilung
33	A. W.	15 J. m.	Fehlen	Im 8. J. Gummata u. Hautgeschw.	—	Im 14½ J. Iritis sin.	—	8.—15. J. Gumm. u. Hautgeschwüre	—	—	—	Oertliche Behandlung, Jodeur, Heilung
34	L. L.	26 J.	Der Vater leidet seit 30 Jahren an Lues	Im 12. J. Ozäna	26 Jahre Tophi tib.	—	12—15 J. Ozäna	—	—	—	—	Locale Behandlung, Jodeuren, Heilung

35	M. K.	17 J. m.	Ueber die Eltern keine bestimmten Nachrichten: die ältere Schwester (79) litt an der gleichen Form	Im 16. J. Ozäna	—	—	Im 16. J. Ozäna perforatio septi	—	—	—	—	Oertliche Behandlung und Jodcur, Heilung
36	H. B.	18 J. m.	Fehlen.	Im 16. J. Ozäna	—	—	Im 16. J. Ozäna, perforatio septi, necrosis vomeris	—	—	—	—	Oertliche Behandlung und Jodcur, Heilung
37	F. Z.	10 J. m.	Die Mutter hat Tophi der Schienbeine u. Acromien	Im 8. J. Ozäna	—	—	Im 8. J. Ozäna	—	—	—	Im 8. J. Schwerhörigkeit ohne Katarrh	Besserung durch Jodgebraucht, verscholl.
38	M. Z.	9 J. m.	Bruder des Vorigen	Im 7. J. Ozäna	—	—	Im 7. J. Ozäna	—	—	—	Im 7. J. Schwerhörigkeit	Besserung durch Jodgebrauch, verschollen
39	J. S.	12 J. m.	Der Vater war viele Jahre lang syphilitisch und zuletzt tuberculös	Im 11. J. Keratitis parenchymat.	—	Im 12. J. Keratitis parenchymat. ambil.	Im 12. J. Ozäna, Geschw. in der Nase	—	—	—	—	Rasche Besserung durch Jod, im nächsten Jahre Tod durch Tuberculos. pulmon.
40	S. D.	14 J. m.	Fehlen	Im 11. J. Ozäna	Im 11. J. Tophi tibiarum		Im 11. J. Ozäna	—	—	—	—	—
41	F. B.	20 J. m.	Der Vater hatte Lues, die Mutter leidet an typischen Kopfschmerzen	Im 17. J. Ozäna	—	—	Im 19. J. Rachengeschw., Zerstörung des weichen Gaumens	—	—	—	—	Schmiercur, dann Jodcur, Heilung

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceralllues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
42	H. M.	6 J. m.	Die Mutter leidet an Schwellung u. Schmerzen der Schienbeine	Im 6. J. Ozäna	—	—	Im 6. Jahre Ozäna Durchlöcherung des Septums, Einsinken der Nase	—	—	—	—	Besserung durch die Jodeur, verschollen
43	M. K.	10 J. m.	Fehlen	Im 8. J. Gaumengeschw.	—	—	Im 8. Jahre Geschwüre am harten u. weichen Gaumen, Nekrose d. letzteren	—	—	—	—	Besserung durch Jodgebrauch, verschollen
44	? J. B.	17 J. m.	Fehlen	Im 13. J. Ozäna	—	—	Ozäna, perforatio septi narium	—	—	—	—	Keine näheren Notizen
45	M. L.	7 J. m.	Der Vater ist „kränklich", die Mutter gesund	Im 5. J. Ozäna	—	—	Ozäna, defectus septi necrosis vomeris	—	—	—	—	Locale Behandlung, Jodcuren, Heilung nach sieben Jahren
46	A. G.	10 J. m.	Der Vater war einst syphilitisch, der ältere Bruder ist gesund	Im 16. J. Knochengeschw.	—	18 Jahre Keratitis par. beid. Augen	Im 16. J. Rachengeschwüre, theilw. Zerstörung des weichen Gaumens, 18 J. Nekr. des harten Gaumens	—	—	—	—	Jodgebrauch, Zittmann'sches Decoct, Schmiercur u. wiederholte Jodcuren. Heilung im 21. Jahre, deren Andauer im 30. Jahre constatirt wird.

47	O. S.	15 J. m.	Der Vater hat noch zeitweise luetische Symptome, die Mutter hat nach dem Patienten, dem ältesten und einzigen Kinde, noch sechs todte Früchte geboren	Im 3. J. Gonitis serosa	Im 13. J. Ostitis tibiae	Im 9. J. Keratitis parenchymat. ambilat.	—	Gummata cruris d.	—	—	—	Oertlicher Quecksilbergebrauch, örtliche und innerliche Jodanwendung bringen Heilung
48	B. T.	16 J. m.	Der Vater luetisch, die Mutter gesund	Im 10 J. Ozäna	—	Im 13. J. Keratitis parenchym. d.	Im 10. J. Ozäna, Verlust des Vomer, Einsinken der Nase	—	—	—	—	Oftmalige Jodcuren, endlich Schmiercur u. dann wieder system. Jodcur bringen Heilg.
49	H. T.	9 J. m.	Bruder des Obigen	Im 5. J. Gonitis serosa ambilat.	Im 7. Jahre Tophus sterni u. 9 J. wieder Gonit. serosa	—	—	—	—	Im 6. J Herz- u. Hirnstörung.	—	Jodcuren beseitigen jedesmal die krankhaften Erscheinungen
50	G. E.	6 J. m.	Vater und Mutter haben Syphilis gehabt; ersterer ist an Tuberculose gestorben	Im 2. Jahre syphil. Geschwüre um den Mund	—	—	—	Im 2. J. Geschw. um den Mund	—	—	I. 4. J. Ost. mediad. Schwerhörigkeit rechts	Jodcuren, Heilung
51	G. V.	8 J.	Der Vater syphilitisch, hat die Mutter angesteckt; 1. Kind todte Frühgeburt im 7. Monate, 2. Kind reif geb. mit syphilit. Exanthem, bald nach der Geburt gestorben, 3. Kind G. V.	Im 3. J. Keratitis p. sin.	Im 8. J. entzündliche Auftreibung der Knochen beid: Knie, d. unteren Tibial- und Radialepiphysen	Im 3. J. Keratitis sin, i. 7. J. Keratitis u. uveitis ambilat. Atrophi bd. bulbi	—	—	—	—	Im 8. J. beiderseitige Taubheit	Jodcur, sehr starke Schmiercur, locale Augenbehandlung, Fortsetzung der Jodcur. Kein Erfolg bezügl. d. Augen, Heilg. des Knochenleidens, Besserung d. Gehöres
52	A. F.	26 J.	Der verstorbene Vater hatte Syphilis, die Mutter leidet noch zeitweise an deren Folgen	Ostitis tibiae sin. im 13. Monate	Im 26. J. Tophus costae	—	—	—	—	—	—	Locale Einreibungen mit Ung. ciner., Jodcuren

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceralllues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
53	H. M.	28 J. m.	Der Vater litt seit seiner Jugend bis zu seinem Tode an Syphilis, die Mutter hat noch Tophi tibiarum und typische Kopfschmerzen	Im 28. J. Toph. crainii	Toph. crainii	—	—	—	—	I. 28 J. Schwindel, Depressionszustände	—	Heilung der Toph. crainis und Kopfschmerzen durch Jodgebrauch, die Gehirnstörungen sind allerneuesten Datums, aber bereits gebessert
54	H. Z.	19 J. m.	Die Eltern sollen gesund sein, ein Bruder und zwei Schwestern hatten auch Keratitis; bei den Schwestern waren auch charakteristische gummöse Processe vorhanden	Im 19. J. Keratitis parenchymat. ambil.	—	Keratitis ambilat.	—	—	—	—	—	Vollständige Heilung durch Jodgebrauch u. locale Behandlung
55	A. Z.	19 J. m.	Bruder des Obigen	Im 19. J. Keratitis ambil.	—	Keratitis ambilat.	—	—	—	—	—	Vollständige Heilung durch Jodgebrauch u. locale Behandlung
56	S. G.	16 J. m.	Der Vater ist schon lange todt, die Mutter kränklich	Im 13. J. scrophul. Geschwüre am Halse	—	—	I. 15. J. Oz. Durchbohrung des Septums	—	Im 16. J. Submentaldrüsen geschwollen	—	—	Vernarbung des Geschwüres des Septums durch locale Behandlung und Jodcur, Verkleinerung der Drüsen.
57	? N. N.	9 J. m.	Beide Eltern haben noch zeitweise Symptome von Lues, die jüngere Schwester leidet auch an Keratitis parenchymatosa	In früher Kindheit (wann?) war eine Hautkrankheit vorhanden	—	Im 9. J. Keratitis ambilat.	—	—	—	—	—	Schmier- und Jodcur beseitigen die Entzündungserscheinungen in 6 Wochen u. hellen die Hornhäute bedeutend auf

58	R. V.	12 J. m.	Der Vater hatte Syphilis und leidet noch zeitweise an tertiären Symptomen, die Mutter scheint gesund zu sein	Bei der zweiten Dentition Hutchinson's Zahnbildung	—	Im 12. J. Keratitis ambilat.	—	—	—	—	Im 12. J. Schwerhörigkeit	Jodeur, Quecksilberstirnsalbe, Duboisineinträufelungen, Heilung bis auf eine geringe Schwerhörigkeit
59	M. O.	3 J. w.	Der Vater hatte Lues und Hämoptoë, die Mutter, von ihm inficirt, Gummata und Tophi	Im 2. J. scrophul. Drüsenvereiterg.	—	Im 3. J. Iritis sin., 3¼ J. Keratitis par. d.	—	—	—	—	—	Jodeur, Schmiercur, Heilung
60	S. M.	14 J. w.	Vom Vater nichts zu erfahren, die Mutter hat Tophi tibiarum et acromiorum	Im 13. J. indolente Hals- und Nackendrüsenschwellung	—	Im 14. J. Keratitis par. d.	Im 13. J. Nasen- u. Rachenkatarrh	—	Im 13. J. Hals- und Nackendrüsenschwellung	—	—	Wiederholte Jodcuren, locale Behandlung des Auges, Heilung
61	F. D.	24 J. w.	Der Vater soll an Rheumatismen und Fussgeschwüren leiden, die Mutter an Kopfschmerzen, die Kinder d. Patientin sind blass u. lymph.	Im 13. J. Ozäna	—	Im 22. J. Keratitis parenchymat. ambil.	Im 13. J. Ozäna	—	—	—	—	Besserung durch wiederholte Jod- und Quecksilbercuren, verschollen
62	S. F.	14 J. w.	Schwester der Vorigen	Im 13. J. Ozäna	—	—	Im 13. J. Ozäna	—	Indolente Nackendrüsen	—	—	Besserung durch Jodgebrauch in Hall, verschollen
63	J. V.	16 J. w.	Der Vater war syphilitisch, die Mutter ist gesund, die Geschwister sind lymphatisch	Im 7. J. Caries metatarsi hallucis	—	Im 15. J. Kerat. d., iritis sin.	—	—	—	—	—	
64	G. N.	12 J. w.	Vater an Tuberculose gestorben, Mutter gesund	Im 2. J. Geschwüre auf den Lippen	—	Im 9. J. Keratitis ambilat.	—	2 Jahre Geschwüre a. d. Lippen	—	—	—	Heilung durch Quecksilber- und Jodcuren binnen drei Jahren

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceralllues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
65	W. M.	15 J. w.	Der Vater und wahrscheinlich auch die Mutter haben Syphilis durchgemacht	Im 10. J. lymphat. Schwellung der Lippen	—	Mit 12½ Jahren Keratitis ambilat.	Im 14. J. Nasen- u. Rachenkatarrh	—	—	—	Im 13. J. Taubheit	Jodcuren, Keratitis bis auf geringe Trübungen geheilt, Taubheit links geblieben, rechts gebessert, Nasen-, Rachenkatarrh geheilt
66	J. N.	17 J. w.	Der Vater ist schon lange todt, die Mutter hat Tophi tibiarum et acromiorum	Im 7. J. Nasen- u. Rachenkatarrh	—	Im 17. J. Keratitis par. sin.	Im 7. J. Ozäna, 14 Jahre Necrosis oss. nasi et palati duri	—	—	—	Im 10. J. Beginn d. Taubheit	Im 15. Jahre Schmier- und Jodcur, im 16. Jodcur, im 17. Schmiercur u. seither zeitweise Jodcur; Augen u. Nase geheilt, Taubheit complet
67	M. M.	8 J. w.	Der Vater leugnet, die Mutter hat Tophi der Tibiae	Im 8. J. Gumma am oberen Augenbog.	Im 8. J. Gumma am oberen Augenbog.	Im 8. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	—	—	Graue Stirnsalbe, örtliche Behandlung, Jodcur, Heilung
68	? E. E.	17 J. w.	Vater hatte Syphilis	Im 17. J. Keratitis par. sin.	—	Im 17. J. Keratitis par. sin.	—	—	—	—	—	Vollständige Heilung nach der Jodcur
69	? A. S.	20 J. w.	Fehlen	Im 14. J. Keratitis par amb.	—	I. 19. J. Irit. ambil. Chorioiditis, Hämorrh. i. corp. vitr.	—	—	—	—	—	Wiederholte Jodcuren, dreimal Schmiercur, geheilt seit zwei Jahren
70	? F. S.	17 J. w.	Die Mutter und deren Schwester hatten dasselbe Leiden im gleichen Alter	Im 14. J. Keratitis par. amb.	—	Im 14. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	—	—	Jodcur, Heilung

71	E. L.	10 J. w.	Der Vater soll schwächlich sein, die Mutter ist gesund	Im 8. J. Keratitis	—	Im 8. J. Keratitis ambilat.	$9^1/_2$ J. Gumma palati ossei necr. perforatio	—	—	—	—	Jodcur, Heilung, Schwache Reste von Trübung
72	A. B.	10 J. w.	Fehlen über den Vater, die Mutter ist gesund	Im 6. J. Periostitis tibiae	Im 6. J. Periostitis diapyhs. tibiae sin.	Im 10. J. Keratitis, iritis sin.	—	—	—	—	—	Oertliche Behandlung, Jodcur, Heilung
73	P. D.	18 J. w.	Die Mutter leidet an Tophis der Schienbeine	Im 5. J. Chorioid.	—	Im 18. J. Chorioiditis sin.	—	—	Im 14. J. Indolente Hals- und Nackendrüsenschwell.	—	—	Schmiercur, Jodcur, Heilung
74	L. M.	13 J. w.	Beide Eltern litten an Lues	Im 13. J. Keratitis	—	Im 13. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	—	—	
75	E. M.	16 J. w.	Beide Eltern waren syphilitisch	Im 9. J. Ostitis tibiae	Im 9. J. Ostitis tib. sin., 11. J. Ostitis tibiae d.	Im 13. J. Keratitis p. d., 14. J. sin.	Im 14. J. Ozäna, 15. Jahre Perf. septi	—	—	—	—	Der Process dauerte vom 9. bis zum 17. Jahre, Schmiercur, Jodcuren, Heilung
76	? F. S.	20 J. w.	Der Vater soll an Hautgeschwüren und Schmerzen an den Beinen leiden	Hutchinson'sche Zähne, 19 J. Keratitis	—	Im 19. J. Keratitis par. dextr.	Im 15. J. Ulcera et perforat. pal. moll.	—	—	—	—	Besserung durch die Jodcur
77	F. S.	12 J. w.	Die Mutter befand sich wegen alter Knochensyphilis zugleich mit der Tochter in Behandlung	Im 10. J. Ozäna	—	—	Im 11. J. Ozäna, Geschw. a. Septum	—	—	—	—	Jodcur. Heilung
78	R. K.	15 J. w.	Fehlen bezüglich der Eltern, der jüngere Bruder erkrankte sechs Jahre später an derselben Form	Im 14. J. indolente Hals- u. Nackendrüsen	—	—	Im 15. J. Ozäna, perforat. septi	Im 16. J. gumm. Geschwüre d. unt. Nasenflügels	Im 14. J. indolente Hals- und Nackendrüsenschwell.	—	—	Wiederholte Jodcuren, Heilung in drei Jahren

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Viscerallues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
79	A. P.	20 J.	Die Mutter luetisch, hat noch zeitweise diverse Tophi	Im 14. J. Ozäna	—	—	Im 14. J. Ozäna, destructio nasi	—	—	—	—	Im Laufe von sechs Jahren wiederholte Jodcur, Heilung
80	J. A.	14 J. w.	Die Mutter leidet noch an Tophis	Im 11. J. Ozäna	—	—	Im 11. J. Ozäna, im 12. J. Necrosis palati ossei, 14. Jahre Ulcera palati mollis	—	—	—	—	Jodbehandlung, Heilung, verschollen
81	J. S.	14 J. w.	Fehlen	Im 8. J. Ozäna	—	—	I. 8.—14. J. Ozäna, necrosis vomeris ulc. palati duri, 14. J. ulcera palati moll.	—	—	—	—	Schmiercur, Jodcur, Localbehandlung, Heilung
82	K. G.	15 J. w.	Der Vater todt, war oft kränklich, die Mutter hat eine verdächtige Nasenform	Im 15. J. Ozäna	Im 20. J. Tophus sterni	—	I. 15.—18. J. Ozäna, necrosis oss. nasi et maxill. sup. 21. J. Chondrit. laryng	—	I. 18. u. 23. J. Halsdrüsenabscess	—	—	Unter Jodcuren, Decoct. Zittmanni, Schmiercur u. wieder Jodcuren, dazwischen Laryngotomie, kam der Process in acht Jahren zur definitiven Heilung.
83	F. H.	15 J. w.	Die Mutter hat Knochenschmerzen	Im 13. J. Ozäna	—	—	I. 13. J. Oz. perf. septi, 15. J. Chondritis laryngea	—	—	—	—	Heilung durch Jodcur

84	F. W.	16 J. w.	Der Vater war syphilitisch, die Mutter ist gesund	Im 9. J. Ostitis tibiae utriusque	Im 9. J. Ostitis tib., 14 Jahre Gumma humeri d.	—	16 Jahre Geschwüre am Nasenflügel	—	—	—	—	Schmiereur, Jodeur, Heilung
85	J. K.	13 J. w.	Die Mutter war syphilitisch	Im 10. J. Ozäna	—	—	10—12 J. Ozäna	—	—	—	—	Jodeur, Besserung, verschollen
86	R. T.	21 J. w.	Die Mutter hat ein übernarbtes Loch in der Nasenscheidewand	Im 15. J. Tophi tibiae	Im 15. J. Tophi tibiarum		20 Jahre Ozäna	—	—	—	—	Nach mehreren Recidiven, Jodcuren und Dec. Zittmanni, Heil.
87	? M. F.	26 J. w.	Fehlen	Im 14. J. Ozäna	I. 24. J. T. d. Schädelknochen, Necr. oss. front. et p.	—	i. 14.—20. J. Ozäna, Necr. oss. nasi	—	—	—	—	28. Jahr Tod durch Lungentuberculose
88	L. Z.	16 J. w.	Die Mutter hat leichte Tophi	Im 12. J. Tophi	I. 12. J. T. d. Schienb. Oberarme, Schulterbl.	—	Im 15. J. Ozäna	—	—	—	—	Jodeur, Heilung in zwei Jahren
89	W. W.	12 J. w.	Die Mutter scheint gesund zu sein, vom Vater wird das Gleiche gesagt	Im 12. J. Gonitis	Im 12. J. Gonitis d. durch Ost. epiphys. sup. tibiae	—	—	—	—	—	—	Jodeur, Heilung
90	E. W.	10 J. w.	Schwester der Obigen	Im 10. J. Knochenleiden	Im 10. J. Tophi bd. Schienbeine	—	Im 10. J. Gummen u. Geschw. d. weichen Gaumens	—	—	—	—	Jodeur, Heilung
91	F. T.	18 J. w.	Beide Eltern hatten Lues	Im 15. J. Gummen und Geschwüre i. Gesichte	I. 18. J. Necrose des hart. Gaumens u. des Mittelstückes des Oberkief.	—	Im 18. J. Necrosis d. harten Gaumens	Im 15. J. Gummen und Geschw. im Gesichte	—	—	—	Entfernung der nekrotischen Knochen, Decoct. Zittmanni, Jodeur, Heilung

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Viscerallues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
92	A. W.	23 J. w.	Waise, keine Nachrichten über die früh verstorbenen Eltern	Im 14. J. Knochenleiden	Im 14. J. Ostitis der Diaphyse beider Tib.	23 Jahre Chorioid. ambilat.	—	—	—	—	—	Schmiercur, Jodcur, Heilung
93	M. Z.	13 J. w.	Die Eltern und Geschwister sollen gesund sein	Im 13. J. specif. Hautgeschwüre	—	—	Geschw. der Nase und Oberlippe	—	—	—	—	Schmiercur. Jodcur, rasche Heilung
94	F. S.	16 J. w.	Ueber den Vater nichts bekannt, die Mutter hat mehrmals abortirt	Im 13. J. Gummen und Geschwüre	—	—	—	i. 13.—16. J. Charakteristische Geschwüre an beiden Waden	—	—	—	Decoct. Zittmanni, Jodcur, Heilung
95	? J. S.	12 J. w.	Waise, über die Eltern nichts bekannt	Im 9. J. Tophi	I. 9. J. Tophi bd. Schienbeine	—	—	—	—	—	—	Jodcur, Heilung, verschollen
96	F. B.	17 J. w.	Waise, über die Eltern nichts bekannt	Im 13. J. Knochenleiden	Im 13. J. Schwell. d. linken Schienbeindiaph.	—	—	—	—	Im 16. J. Epilepsie	—	Jodcur, Aufhören der Anfälle, verschollen
97	M. M.	24 J. w.	Schwester des Patienten Nr. 52	Im 7. J. Gaumengeschw.	Im 20. J. Tophus des r. grossen Trochant.	—	Im 7. J. Gaumengeschwüre, theilweise Zerstörung des weicb. Gaumens	—	—	—	—	In der Kindheit Schmiercur und dann Jodcur, Wiederholung der Jodcur im 20. und 24. Jahre. Noch in Behandlung

98	P. G.	16 J. w	Fehlen	Im 15. J. Knochenleiden	111–16 J. Tophi tib. et cranii	—	—	—	—	—	—	Keine näheren Notizen
99	? C. H.	26 J w.	Der Vater litt angeblich an „Gicht"	Im 11. J. Gummen und Geschwüre	Im 25. J. Tophus cranii	—	—	Im 11. J. Gummen und Geschwüre	—	—	—	Energische Jodcur, rasche Heilung
100	? T. O.	25 J. w.	Fehlen	Im 10. J. Knochenleiden	I. 10 J. Auftreibung d. Diaphyse des linken Schienb. u. osteomyel. Abscess am inneren Knöchel	—	—	—	—	—	—	Jodcur, Heilung
101	L. R.	15 J. w.	Beide Eltern noch luetisch	Im 9. J. Knochenleiden	I. 9. u. 12. J. Tophi tib., 12. J. Toph. cranii	—	—	Im 14. J. gummös. Exanth. i. Gesichte	—	—	—	Jodcur, Schmiercur, Heilung, nach zwei Jahren Recidive, Zittmann'sche, Jodcur, Schmiercur, wieder Jodcur, geringe Besserung
102	J. M.	10 J. w.	Fehlen	Im 10. J. Knochenleiden	Symmetrische Tophi beider Schienbeine	—	—	—	—	—	—	Jodcur, rasche Heilung
103	H. K.	8 J. w.	Der Vater hat Lues gehabt und hat noch Reste von Toph. tibiarum	Im 6. J. Knochen- und Gelenksleiden	Im 6. Jahre Gonitis d. serosa, osteomyel. specif. epiphys. sup. tibiae, Hohlgang	—	—	—	—	—	—	Jodcuren, endlich Operation, Heilung

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Visceralles	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
104	E. M.	26 J. w.	Fehlen	Im 10. J. Tophi	Im 10. J. Tophi tibiarum, Geschwür durch Zerfall eines Tophus, im 26. J. leichtes Recidiv	—	Im 22. J. Geschwüre der Nasenschleimhaut, narbige Stenose	—	—	—		Wiederholte Jodcuren bewirken jedesmal Beseitigung der Symptome, seit drei Jahren kein Recidiv
105	J. M.	14 J. w.	Ihre zwei Schwestern sind luetisch	Im 12. J. Knochenleiden	Im 12. J. Tophi tib., im 14. J. Toph. ossis parietal.	—	—	—	—	—	Im 13. J. mässige Schwerhörigkeit	Heilung durch Jod
106	F. A.	22 J. w.	Schwester der Obigen	Im 17. J. Knochenleiden	Im 17. J. Ostitis tib., im 22. J. Toph. cost. utriusque et sterni	—	—	—	—	—	—	Jodcur, Besserung
107	A. M.	28 J. w.	Schwester der Obigen	Im 18. J. Knochenleiden	Im 18. J. Auftreibg. beider Diaphysen der Schienbeine	—	—	Im 27. J. Gummen u. Geschw. um d. linke Knie u. an der Wade	—	—	—	Schmiercur, Decoct. Zittmanni, Jodcur, Heilung
108	F. H.	18 J. w.	Der Vater war syphilitisch	Im 16 J. Gumma und Geschwür	—	—	—	Im 18. J. Gumma u. Geschwür ober der Kniescheibe	—	—	—	Jodcur, Heilung

109	R. R.	22 J. w.	Vater und Mutter haben noch zeitweise syphilitische Symptome	Im 21. J. Gumma	Im 22. J. Tophus spinae scapul.	—	—	Im 21. J. Gumma an der Insert. des M. deltoides	—	—	—	Wiederholte Jodcuren, Heilung
110	J. H.	16 J. w.	Der Vater ist syphilitisch gewesen, die Mutter gesund	Im 14. J. Knochenleiden	Im 16. J. Auftreibg. bd. Schienbeindiaphysen	—	—	—	—	—	—	Jodcuren, Heilung binnen sechs Jahren
111	M. S. ?	28 J. w.	Fehlen	Im 20. J. Keratitis	Im 26. J. Tophi cranii	Im 20. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	Im 27. J. Insultus apoplectica	—	Jodcuron und Schmiercuren öfters wiederholt, scheinen endlich Heilung gebracht zu haben
112	? C. Ö.	17 J. w.	Der Vater hatte Syphilis	Im 16. J. Tophi	Im 17. J. Tophi bd. Ulnae	—	—	Im 17. J. Gummen a. d. Vorderarmen	—	Im 18. J. Ecclamps. Hydrossi †	—	Die Jodcur brachte im ersten Jahre scheinbare Heilung, Recidiv im nächsten Winter, im Sommer Besserung, Tod im dritten Frübling
113	G. S.	16 J. w.	Fehlen über die Eltern, die Geschwister sollen in gleicher Weise leiden	Im 10. J. Knochenleiden	Im 17. J. Topbi et necrosis tibiar., cranii et uln.	—	—	Viele Narben von verheilten Geschwür.	—	—	—	Eine sehr energische Jodcur scheint Heilung gebracht zu haben, verschollen
114	? R. B.	16 J. w.	Fehlen, Waise	Im 14. J. Hautgeschwüre	—	—	—	Gummös-ulceröse Hautgeschwüre	—	—	—	Heilung während der Jodcur
115	? C. B.	14 J. w.	Schwester der Obigen	Im 12. J. Knochenleiden	Im 12. J. Periostit. d. Diaphys. bd. Schienbeine, Zerfall eines Tophus, Gumma d. Wade	—	—	Im 14. J. Gumma und Geschwür a. d. rechten Wade	—	—	—	Heilung während der Jodcur

Nr.	Name	Alter und Geschlecht	Nachrichten über die Familie	Erste Krankheitsform	Knochenleiden	Augenleiden	Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden	Gummen und Geschwüre	Drüsenleiden	Viscerallues	Leiden des Gehörorganes	Therapie und Verlauf
116	A. S.	16 J. w.	Schwester des Patienten Nr. 2	Im 10. J. Ozäna	Im 14. J. Tophi des Schädels	—	—	—	—	—	—	Besserung durch die Jodcur
117	M. Z.	23 J. w.	Schwester der Patienten Nr. 53 und 54	Im 16. J. Drüsenschwell.	—	Im 23. J. Keratitis par. amb.	Im 21. J. Nasen- und Rachengeschwüre	—	Im 16. J. Indolente Schwell. d. Hals- und Nackendrüsen	—	—	Jodcur, Schmiercur, dann wieder Jodcur, Heilung; Recidive der Keratitis im nächsten Winter. Noch in Behandlung
118	T. Z.	15 J. w.	Schwester der Patienten Nr. 53 und 54	Im 12. J. Hautgeschwüre	—	Im 14. J. Keratitis ambilat.	—	Im 12. J. Gummen u. Geschw. um d. Knie u. a. Unterschenkel	—	—	—	Heilung durch Jod
119	M. S.	14 J. w.	Fehlen, Waise	Im 11. J. chron. Nasenkatarrh	—	Im 12. J. Iritis ambilat., im 13. J. Irit. sin.	Im 11. J. Ozäna	—	—	—	—	Nach der Jodcur Heilung des Augenleidens, die Ozäna gebessert
120	W. J.	7 J. w.	Der Vater ist angeblich gesund, die Mutter litt vor der Ehe an Leistenbubonen, 2 Geschwister starben an Lues cong.	Im 6. J. Knochenleiden	Im 6. J. Ostitis der oberen Epiphyse des recht und der Dyaphise des linken Schienb.	—	—	—	—	—	—	Besserung durch Jodgebrauch, der noch fortgesetzt wird

121	B. F.	15 J. w.	Der Vater war syphilitisch	Im 15. J. Keratitis par. amb.	—	Im 15. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	—	—	Schmiercur, Jodcur, fast geheilt entlassen
122	A. S.	12 J. w.	Der Vater war syphilitisch	Im 3. J. Geschw. a. After	Im 12. J. Gonitis serosa, Ostitis epiphys. sup. tibiae d.	Im 12. J. Keratitis par. d.	—	—	—	—	—	Jodcur, dann Schmiercur und wieder Jodcur. Die Keratitis und Gonitis geheilt, die Schwellung des Schienbeines geringer und schmerzlos
123	A. H.	16 J. w.	Der Vater war syphilitisch	Im 13. J. Ozäna	—	Im 15. J. Keratitis ambilat.	Im 13. J. Ozäna	—	—	—	—	Jodcuren brachten Heilung, nach zwei Jahren Recidiv der Keratitis, noch in Behandlung
124	F. S.	20 J. w.	Die Mutter hat noch Symptome von Lues	Im 20. J. Ozäna	—	--	Im 20. J. Ozäna, Entstell. d. Nase	—	—	—	—	Heilung durch Jodcuren
125	C. B.	20 J. w.	Die Mutter machte 14 Abortus durch, zwei Brüder haben Symptome von Lues cong.	Im 20. J. Knochenleiden	Im 20. J. Ostitis beider Schienb.	Im 20. J. Keratitis par. amb.	—	—	—	—	—	Mehrfache Schmier- und Jodcuren, Heilung. Im 26. Jahre Recidiv des Knochenleidens, Jodcur. Noch in Behandlung
126	H. K	11 J. w.	Der Vater hat Syphilis gehabt	Im 7. J. Keratitis	—	Im 7. J. Keratitis links, nach 8 Monaten rechts, später wiederholte Recidiven	Im 9. J. Ozäna	—	—	—	—	Jodcur, noch in Behandlung
127	S. N.	7 J. w.	Die Schwester des Patienten Nr. 56	Im 7. J. Keratitis	—	Im 7. J. Keratitis par.	—	—	—	—	—	Jodcur, dann Schmiercur und Jodcur, Heilung

A. Männliche Kranke.

1. N. P., 20 Jahre alt, ein schwächliches, ikterisches Individuum. Der Vater, Arzt, ein sehr kräftiger Mann, hat vor seiner Verheiratung Syphilis durchgemacht und soll seither stets gesund geblieben sein. Der Patient, das älteste von acht Geschwistern, war in der Kindheit zwar zart, aber mit Ausnahme der gewöhnlichen Kinderkrankheiten stets gesund, bis im 15. Lebensjahre sich zuerst eine schmerzhafte Schwellung des linken inneren Knöchels, dann im Laufe von $4^1/_2$ Jahren eine spindelförmige Auftreibung beider Schienbeine mit einzelnen abgegrenzten Tophis, hierauf Tophi der Schädelknochen, endlich eine enorme Schwellung der Leber und Milz entwickelten. In diesem Zustande bekam ich den Kranken in Behandlung und versuchte zuerst eine Schmiercur — er hatte noch niemals Quecksilber bekommen — zugleich mit der Badecur und dem innerlichen Gebrauche von Jod, die sehr günstig wirkten, indem die Tophi kleiner und schmerzlos wurden und auch Leber und Milz beträchtlich abnahmen. Aus diesem Grunde wurde, als sich im Winter eine Verschlimmerung zeigte, die Schmiercur wiederholt, und beständig Jod fortgebraucht. Im Frühling kam der Patient wieder nach Hall, wo er sich recht erholte. Im Spätherbst trat Fieber ein, es bildeten sich Hauthämorrhagien, Ascites und der Kranke erlag rasch.

2. H. S., 19 Jahre alt und dessen Schwester A. S., 16 Jahre alt (Nr. 115), über deren Eltern Angaben fehlen, sollen erst als Kinder von 9 bis 10 Jahren erkrankt sein und von da an Ozäna leiden, in deren Folge beim Jungen die Nase einsank. Vor drei Jahren (im 16. Jahre) stellten sich bei ihm Tophi der Schädelknochen ein, die zeitweise besser, dann wieder schlimmer sich hinzogen, bis endlich einer auf der Stirn aufzubrechen drohte. Beim Mädchen entstanden die Schädeltophie im 14. Jahre, zugleich mit dem Auftreten der Menses. Nun wurden die Beiden nach Bad Hall geschickt, wo ich zuerst den Tophus an der Stirn des Jungen spaltete, ausräumte und durch Druckverband zur Heilung brachte. Eine energische Jodbehandlung brachte beiden Geschwistern Heilung. Seither verschollen.

3. S. T., 19 Jahre alt, kam im 8. Lebensjahre in meine Behandlung. Das, was ich von anamnestischen Daten erfahren konnte, war wenig: über den Vater nichts, die Mutter war gesund, hat aber mehrmals abortirt, der Patient soll ein schwächliches, aber bis zum letzten Winter gesundes Kind gewesen sein und keine Amme gehabt haben. Als ich ihn zu sehen bekam, hatte er charakteristische Schwellungen der Diaphysen beider Schienbeine und beider Ulnae; an den ersteren war bereits Fluctuation, es kam aber nicht zum Aufbruch, sondern zur Resorption. Sechs Jahre später kam der Knabe mit einer Ozäna, die bereits zur Durchbohrung des Septum geführt hatte. Eine energische Jodcur und die energische örtliche Behandlung mit Lapis infern. brachten wieder Heilung. Nach weiteren fünf Jahren kam der Kranke wieder, da nun ein gummöser Geschwürsprocess auf der Nase platzgegriffen hatte, der bereits einen Theil des rechten Nasenflügels verzehrt hatte und auf die Nasenspitze und den Rücken übergriff. Wieder gelang es, durch eine von der Badecur und von localer Behandlung unterstützte Zittmann-Cur und durch nachfolgenden Jodgebrauch Heilung zu erzielen. Einige leichte Nachschübe, die im Beginne des nächsten Frühlings kamen, wurden in der nächsten Saison beseitigt. Seither ist Ruhe.

4. H. K. war, als ich ihn kennen lernte, ein 10jähriger, wohlgenährter, zarter, auffallend blasser Knabe. Sein Vater, ein intelligenter Arzt, gab zu, vor der Verheiratung Syphilis gehabt und mehrere Curen durchgemacht zu haben. Sein ältestes Kind, ein Knabe, war vollständig gesund und entwickelte sich zu einem kräftigen Manne. Zwei Jahre nach Jenem kam unser Patient zur Welt. Er war zarter als sein Bruder, aber gesund bis zum Beginne seines 10. Lebensjahres, als sich entzündliche Schwellungen beider Schienbeine, und zwar ein Tophus der Tuberositas des rechten und eine spindelförmige Auftreibung der ganzen Diaphyse des linken Schienbeines entwickelten, die ihn nach Hall brachten. Unter dem Jodgebrauche trat Besserung ein, wir hatten aber immer damit zu kämpfen. Im 16. Jahre kam eine Orchitis dextr. (ohne Harnröhrenleiden) dazu, die nicht zum Aufbruche kam, sondern der Hode kehrte im Laufe von zwei Jahren, eine geringe Verhärtung ausgenommen, wieder fast zur Norm zurück. Nach weiteren drei Jahren kamen Tophi der Akromien, später einer des Sternums, die alle nach und nach wieder schwanden, während der Process an den Schienbeinen zeitweise wieder in den Vordergrund trat. So wechselte die Scene, die Rückfälle wurden immer seltener und vom 25. Jahre an trat endlich vollkommene Ruhe ein, die meines Wissens seither nicht mehr gestört wurde. Die Zähne sind normal.

Die Mutter, eine sehr kräftig angelegte Frau, begann um dieselbe Zeit, wie ihr jüngerer Sohn, an sehr schmerzhaften Tophis beider Schienbeine — am linken war ein grosser Theil der Diaphyse osteoplastisch aufgetrieben — zu leiden, die späterhin nicht mehr zurückgingen, sondern ihr noch jahrelang zu schaffen machten, bis sie endlich mit Hinterlassung merklicher Spuren heilten.

Ich habe diese Familie seit mehr als 20 Jahren nicht aus den Augen verloren und bin ebenso wie der verstorbene Vater des Patienten überzeugt, dass die Krankheit des jüngeren Sohnes eine vom Vater ererbte Lues, die der Mutter aber wahrscheinlich nicht unmittelbar vom Vater, sondern durch Rückschlag vom Kinde erworben war; ein dritter Weg der Erwerbung gilt, abgesehen vom Mangel aller früheren Symptome, bei dieser Frau als völlig ausgeschlossen.

5. A. G., 14 Jahre alt, über dessen Eltern nichts Verlässliches erfahren werden konnte — der Vater soll „Fussgeschwüre" gehabt haben — litt seit seinem 8. Jahre an Entzündungen beider Schienbeine und an ausgedehnten, aus zerfallenen Tophis hervorgegangenen Geschwüren. Der Process war links viel ärger als rechts, das linke Schienbein enorm verdickt, die vordere Kante wulstig und knotig, die vordere innere Fläche fast doppelt so breit als normal, höckerig, nach vorn verkrümmt, nur die Gegend der Knöchel war normal, indem der Process die untere Epiphyse verschont hat. Zahlreiche Narben und Geschwüre sind in der Haut bemerkbar, am Grunde mancher derselben fühlte die Sonde der Knochen rauh. Unter der l. Tuberositas tibiae befand sich ein ausgedehnterer, etwas tiefer liegender Sequester, welcher mit Meissel und Hammer entfernt wurde. Der Grund der Sequesterlade lag aber nicht in der Markröhre, sondern mehr oberflächlich, in der Masse der enorm verdickten Knochenwand. Diese Processe: periostale Auflagerungen und dazwischen wieder Nekrose, dauerten, trotz oftmaligen Jodgebrauches, mit Unterbrechungen vier Jahre, bis endlich die Heilung eintrat. Seit 10 Jahren konnte ich vom Kranken nichts mehr erfahren.

6. J. K. kam als 13jähriger Junge in das Haller Kinderspital. Die anamnestischen Angaben, die er machte, waren dürftig, die Eltern seien gesund, eine Muhme leide an Coxalogie. Gleichwohl habe ich den Fall des klaren Bildes halber als Lues congenita protokollirt, und war daher sehr erfreut, als nach zwei Jahren eine Bauersfrau aus Niederösterreich, die meine Hilfe wegen der durch Tophi des Schädels und der Schienbeine hervorgerufenen Schmerzen nachsuchte, sich als die Mutter des J. K. aufführte. Beim nächsten Besuche kam auch der Vater, der an den nämlichen Beschwerden wie sein Weib litt. Die Diagnose war also nachträglich bestätigt.

Der Knabe soll zwar überhaupt schwächlich gewesen, aber erst in seinem 10. Jahre zu kränkeln begonnen haben, indem damals ein chronischer Nasenkatarrh und einzelne Anfälle von Augenentzündungen begannen. Bei seiner Aufnahme waren beide Hornhäute durch Keratitis parenchymatosa getrübt, auf der linken Hornhaut waren sehr dichte gelbliche Exsudatflecken vorhanden. Die Nase etwas eingesunken, die Nasenfortsätze der Oberkiefer auseinandergedrängt, das Septum unversehrt, die Schleimhaut geschwollen, die Durchgängigkeit für Luft sehr vermindert, die Schleimabsonderung mässig, nicht übelriechend. Innerlicher und äusserlicher Jodgebrauch und Bäder brachten Besserung.

Als der Knabe nach zwei Jahren wiederkam, war die Ozäna fast geheilt, die Hornhäute bis auf Reste der früheren dichten Exsudatflecken

aufgehellt, dafür aber im letzten Winter eine Entzündung der rechten Schienbeindiaphyse aufgetreten. Hier war es an zwei, circa vier Centimenter weit voneinander entfernten Stellen zur Bildung von Tophis und an dem oberen bereits zum Zerfalle gekommen. Am Grunde wuchernder Granulationen war da ein kleiner unbeweglicher nekrotischer Knochen zu fühlen. Der untere, dem Aufbruche nahe Tophus wurde gespalten und ausgeschabt, der Knochen war entblösst, rauh, aber noch lebend. Die Wunden heilten. An der linken Tibia war eine leichte Periostitis. Der Kranke bekam den Rath, zu Hause Eisen und im Winter Jodleberthran zu nehmen.

Als er im nächsten Jahre wieder kam, sah das rechte Schienbein noch übler aus, die Volumszunahme war noch bedeutender, die Haut an mehreren Stellen durchbrochen und da überall fungöse Granulationen, überall Nekrosen vorhanden.

Zuerst machte ich mich an die Entfernung der Sequester, deren drei, und zwar zwei grössere und ein kleinerer, entfernt wurden. Der obere Sequester bestand aus spongiöser Masse, hatte die Grösse einer kleinen Haselnuss und lag an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel in einer abgeschlossenen Knochenlade der Spongiosa. Die beiden anderen waren oberflächliche, zum Theile von periostalen Neubildungen umschlossene Sequester. Bei ihrer Entfernung zeigten sich die angrenzenden Partien des Schienbeines theils sehr hart, fast eburnirt, theils war der Knochen neben solchen Stellen von dünnen, in die Tiefe ziehenden Granulationszügen durchsetzt, nach deren Ausschabung er wie wurmstichig aussah. Unter sorgfältigem Curgebrauche näherten sich die Wunden der Heilung, die auch im Laufe des Herbstes, während beständigen Jodgebrauches erfolgte. Im nächsten Jahre bekam ich ihn nicht zu Gesicht. Als er im zweiten Jahre darauf — er war nun 19 Jahre alt — wiederkam, war am rechten Schienbein alles heil, dagegen hatte sich im letzten Winter und Frühling ohne besondere Schmerzen eine so beträchtliche Schwellung des linken Schienbeines entwickelt, dass der Knochen um die Hälfte verdickt, und wie von Rhachitis nach vorne gebogen schien. Ungefähr in der Mitte der Schienbeinkante war eine gummöse Erweichung von der Grösse einer halben Kastanie, die aber unter Jodeinpinselungen und Jodumschlägen zurückging. — Im nächsten Jahre war alles unempfindlich und der Kranke relativ wohl, aber noch immer anämisch. Ich behielt ihn noch jahrelang im Auge; er nahm in regelmässigen Zeiträumen Jodkalium und dazwischen wieder Eisen und Leberthrau und soll an keinen weiteren Nachschüben der Krankheit mehr gelitten haben. Ob ein im Alter von 30 Jahren in Folge eines Ausgleitens auf der Strasse erlittener Oberschenkelbruch, von dem ich aus der Ferne erfuhr, etwa mit einer specifischen Ostitis zusammenhing, kann ich nicht beurtheilen.

7. R. S. ? Sein Vater hat stets vermieden, mit mir zusammenzutreffen, seine Mutter ist wohlgenährt, aber sehr blass, seine jüngere Schwester ein gut genährtes anämisches Kind, war sehr nervös erregbar, litt vom dritten bis fünften Lebensjahre an Schlaflosigkeit, nächtlichem Angstgefühl und Irrereden, wahrscheinlich an Hallucinationen. Nachdem sich

das Gehirn nach und nach beruhigt hatte, begann ein anderer Symptomencomplex: Lymphdrüsenschwellung am Kieferwinkel, Ozäna und ein kleiner Gummaknoten an der Wange, mit dem mir dieses Kind vor Kurzem gebracht wurde. Hereditäre Belastung mit Tuberculose ist nicht nachweisbar, die Wohnungs- und Nahrungsverhältnisse sind gut. Das Krankheitsbild, welches der 5jährige Knabe bot, war anfangs nicht ganz klar. Er sah sehr zart, auffallend blass und anämisch aus, war aber gerade nicht schlecht genährt. Gummata, welche sich in nichts von scrophulösen Knoten unterschieden (der Tuberkel-Bacillus war noch nicht bekannt) und Caries der Phalangen liessen keine andere Diagnose als die der Scrophulose aufkommen. Das Kind war mit einer alten Kinderfrau gekommen, die keine weiteren Auskünfte geben konnte. Als der Knabe im nächsten Jahre kam, war das Bild etwas geändert, indem sich periostale Schwellungen beider Schienbeindiaphysen und eine Periostitis des rechten inneren Knöchels gebildet und ausserdem einige aus den Knoten gebildete Geschwüre ein verdächtiges Aussehen angenommen hatten. Meine Vermuthung, dass auch hier Lues congenita mitspiele, wurde durch die prompte Wirkung des Quecksilberpflasters und der Einreibung von Unguent. cin. auf die benachbarte Haut, wodurch die Geschwüre schnell zur Heilung gebraucht wurden, bestätigt. Der Kranke bekam nun innerlich Jodwasser und im Winter Jodleberthran und diese Medication wurde durch vier Jahre, im Sommer durch die Haller Cur unterstützt, fortgesetzt, und hatte die Abschwellung der Schienbeine und die Heilung der übrigen Leiden, der Knoten und Geschwüre, zur Folge.

8. M. H., 19 Jahre alt, bekam erst im Alter von 15 Jahren eine Periostitis beider Schienbeine, die unter Jodgebrauch wieder heilte. Vier Jahre später kam der Patient wegen Tophis an verschiedenen Stellen des Schädels nach Bad Hall. Starke Jodcuren daselbst und zu Hause beendigten den durch drei Jahre zeitweise noch aufflackernden Process. Ueber die Eltern war nichts zu erfahren; eine Schwester soll in gleicher Weise erkrankt sein.

9. S. W., 14 Jahre alt. Der Vater leidet angeblich an Gicht, die jüngere Schwester soll in geringerem Grade das gleiche Leiden wie ihr Bruder haben, der seit drei Jahren an Ostitis beider Schienbeine leidet, mit knotigen Verdickungen an den Kanten, die durch den Process wie nach vorne gekrümmt erscheinen. Besserung durch Jodgebrauch.

10. F. A., 10 Jahre alt. Der Vater war luetisch. Seit zwei Jahren Tophi beider Schienbeine und in letzter Zeit Geschwüre an den Unterschenkeln ex lue congenita. Heilung durch Jod. — Sonst keine weitere Notiz.

11. W. Z. kam als 17jähriger Jüngling, über dessen Eltern ich keine genügende Auskunft erhielt, nach Bad Hall, nachdem ihm wegen Osteomyelitis im vergangenen Frühling der linke Arm im Schultergelenke enucleirt worden war. Er hatte Hutchinson'sche Zahnbildung. Als Knabe von acht Jahren hatte er eine Keratitis parenchymatosa

beider Augen durchgemacht, von welcher im rechten Auge eine dichte Trübung des äusseren unteren Quadranten zurückblieb. Im 14. Jahre entstand eine als einfache oder tuberculöse Osteomyelitis angesehene Entzündung des linken Humerus, die endlich zur Enucleation führte. Bald nach der Operation kam der Kranke zur Nachcur nach Bad Hall. Im folgenden Winter bekam er eine Ozäna, in deren Folge es zur Durchbohrung der Nasenscheidewand und zur Nekrose einer kleinen Partie der Gaumenplatte des Oberkiefers kam.

Ich nahm mit dem Kranken sogleich eine Schmiercur zugleich mit dem Gebrauche der Jodcur vor und erzielte damit noch in Hall die vollständige Heilung. Der Kranke musste noch eine geraume Zeit lang Jodkalium nehmen und dasselbe in regelmässigen Terminen wiederholen, was er aufs gewissenhafteste befolgte.

Als er im nächsten Jahre wieder kam, sah ich, dass alles heil geblieben und keine neue Erscheinung aufgetreten sei. Ich habe seither noch bisweilen von ihm gehört und erfahren, dass er alle drei Monate seine 10 Gramm Jodkalium nehme und gesund geblieben sei. Dieser Fall beweist wieder, wie wichtig es ist, auf das häufigere Vorkommen der Lues congenita tarda aufmerksam zu sein, da vielleicht durch eine energische antisyphilitische Behandlung die Enucleation des Humerus erspart worden wäre, wenn der Process als luetisch erkannt worden wäre.

12? G. G., 11 Jahre alt. Keine Nachrichten über die Familie. Bestand des Leidens: Ostitis tibiae utriusque ex lue congenita seit dem fünften Lebensjahre. Sonst keine Notiz.

13. M. M., 8 Jahre alt. Der Vater litt in seiner Jugend an Lues und war seither gesund. In seinem 50. Jahre, als unser Patient 20 Jahre alt war, erlitt er einen apoplektischen Anfall und starb nach längerem Siechthum als Paralytiker. Als die Mutter mit dem Knaben nach Hall kam, war sie wohlgenährt, sah aber anämisch aus und hatte deutliche osteoplastische Schwellungen beider Schienbeine — besonders am rechten als breiter Tophus der Tuberositas ausgeprägt — die bisweilen schmerzten.

Der Knabe, das einzige Kind seiner Eltern, war wohlgenährt, aber ganz auffallend blass; er bekam mit $6^1/_2$ Jahren eine Periostitis des linken Stirnbeines am äusseren Orbitalrande, die, als ich ihn $1^1/_2$ Jahre später sah, zur Nekrose des Knochens und zur Bildung eines Ektropiums des oberen Lides geführt hatte und zugleich eine Schwellung der Diaphyse des linken Schienbeines. Der Knabe machte wiederholte Jodcuren durch, es stiessen sich nur ganz kleine Knochensplitter vom Augenbogen ab und endlich trat Heilung ein. Ich habe den Fall nicht mit dem Fragezeichen angeführt, obwohl sonst keinerlei Zeichen von Lues vorhanden waren und sich auch späterhin nichts dergleichen entwickelte, ebensowenig als scrophulöse Symptome sichtbar wurden. Aber mit Rücksicht auf die Lues der Eltern und auf den Mangel aller Symptome von Scrophulose halte ich dafür, dass der Process auf Lues congenita zurückzuführen sei.

14? G. S., 16 Jahre alt, der einzige Sohn eines Elternpaares, das gesund sein soll, leidet seit vier Jahren an Tophis beider Schienbeine und der rechten Kniescheibe. Links war ein Tophus exulcerirt, keine Nekrose vorhanden. Rasche Heilung durch Jodgebrauch.

15. N. K., 19 Jahre alt. Der Vater, Arzt, ist syphilitisch gewesen und litt noch zeitweise an specifischen Knochenschmerzen. Die Krankheit des bis dahin gesunden Sohnes begann im 10. Lebensjahre mit gummösen Knoten im Gesichte und an der Stirn, die zu Geschwüren zerfielen und endlich heilten. Im 14. Jahre kamen Tophi beider Schienbeine, die ihn endlich im 19. Jahre nach Hall führten. Energischer Curgebrauch und längere Fortsetzung des Jodgebrauches brachte Heilung mit Hinterlassung von verkleinerten, schmerzlosen Resten der Tophi.

16? J. S., 14 Jahre alt. Keine Notizen als: Krankheitsbeginn vor zwei Jahren. Gumma surae sin. ex lue congenita, ulcus surae formae specif., Gumma humeri. Geheilt entlassen.

17. A. P., 17 Jahre alt, kann über seine Eltern keine Angaben machen. Als Kind war er gesund; seit vier bis fünf Jahren treten Tophi des Schädels, der Schienbeine, des Sternums auf. Heilung durch fortgesetzten Jodgebrauch.

18. O. G., 13 Jahre alt. Der Vater gibt zu, vor der Ehe syphilitisch gewesen zu sein und noch ab und zu an „Rheumatismen" zu leiden.

Der Knabe kam mit zerfallenen gummösen Infiltraten in der Umgebung des linken Kniegelenkes, besonders im oberen Drittel des Unterschenkels. Hier waren derbe, gelbe, gangränöse, festsitzende Infiltrate. Stellenweise war die Beinhaut im Processe untergegangen und der Knochen darunter nekrotisch. Dieser Process hatte neun Monate zu seiner Entwicklung gebraucht. Die derben fibrinösen Infiltrate kamen sehr langsam zur Ablösung. Nach ihrer Entfernung erfolgte auch rasch die Abstossung der entsprechenden kleinen oberflächlichen Nekrosen und die Heilung. Der Kranke bekam während der zwölf Wochen seines Haller Aufenthalts, die zur Heilung nothwendig waren, reichlich Jod in allen Formen und durch vier Wochen Decoctum Zittmanni.

19. W. O., 5 Jahre alt. Die junge Mutter leidet an chronischer Metritis, ist aber übrigens gesund; über den Vater ist nichts Genaueres zu erfahren. Das Kind war nach der Geburt kräftig, hatte eine gesunde Amme und erkrankte erst im fünften Jahre an einer Conjunctivitis, die den Charakter der scrophulösen hatte, sowie an einer Gonitis serosa dextra, die entzündliche Schwellungen der Condylen beider Oberschenkel und des linken Oberarmes, der oberen Epiphyse des linken und der Diaphyse des rechten Schienbeines begleiteten. Eine ausgiebige Jodcur erzielte eine erhebliche Besserung. Im folgenden Jahre kam eine Recidive, die wieder durch Jod beseitigt wurde. Im dritten Jahre kam das Kind mit Keratitis parenchymatosa beider Augen und einer leichten Entzündung beider

Kniegelenke. Eine stärkere Jodcur und Mercurialeinreibungen der Knie brachten wieder eine scheinbare Heilung, von deren Andauer ich keine weiteren Nachrichten erhalten habe.

20. E. R. Ich sah den in den besten Verhältnissen lebenden Kranken, dessen Vater zugibt, in der Jugend Lues durchgemacht zu haben, zum erstenmale als 14jährigen Jungen mit einer Conjunctivitis und Blepharoadenitis scrophulosis behaftet. Zwei Jahre darauf kam er mit Entzündung des oberen Drittels der linken Ulna und symmetrischen Auftreibungen der oberen Epiphysen beider Schienbeine. Fortgesetzter Jodgebrauch brachte Heilung. Mit 20 Jahren bekam er eine Keratitis parenchymatosa beider Augen derart, dass zuerst das rechte und nach zwei Monaten das linke Auge erkrankte. Jetzt wurde eine kurze Schmiercur in Verbindung mit der Jodcur angeordnet; als ich im folgenden Jahre den Patienten wieder sah, waren nur mehr schwache Trübungen der Hornhäute ohne Sehstörung vorhanden.

21. E. C., 19 Jahre alt, kann über seine sehr früh verstorbenen Eltern keine Auskunft geben. Vor drei oder vier Jahren — die Angabe ist nicht genau — begannen Tophi beider Schienbeine, die durch Jodgebrauch nach und nach wieder schwanden, nur unbedeutende Verdickungen zurücklassend. Vor einem Jahre stellte sich bei dem sehr kurzsichtigen jungen Manne eine doppelseitige Chorioiditis ein, die im Laufe des Winters und Frühlings durch eine wiederholte Schmiercur und darauffolgende Jodcur wesentlich gebessert wurde. Auch nach der Haller Trinkcur wurde der Jodgebrauch noch fortgesetzt und die erstere im nächsten Jahre wiederholt. Vollständige Heilung, die auch, wie ich mich in den folgenden Jahren überzeugen konnte, von Dauer war.

22. G. Sp., 17 Jahre alt, ein kräftiger Jüngling, dessen Vater einst Lues gehabt hat. Der früher stets gesunde Junge leidet seit einem halben Jahre an einer ohne Veranlassung entstandenen, wenig schmerzhaften Entzündung ungefähr in der Mitte des rechten Femur. Die Schwellung scheint besonders die äussere Partie des Knochens zu betreffen und bedingt eine Vergrösserung des Knochendurchmessers um mehr als die Hälfte des linken. Die Diagnose war anfangs zweifelhaft, die prompte Wirkung grosser Jodgaben gestattete aber bald ein Neugebilde auszuschliessen und ein periostales Gumma ex lue congenita anzunehmen.

23.? J. M., 12 Jahre alt. Der verstorbene Vater soll oft kränklich gewesen sein, die Mutter ist gesund. Der Patient brachte eine gewöhnliche scrophulöse Caries des rechten Fersenbeines nach Hall. Hier entstand während der Badecur, vielleicht unter dem Einflusse der warmen Bäder, eine rechtsseitige Retinitis, die, in ihrem Entstehen beobachtet, mich sogleich zur Vornahme einer Schmiercur veranlasste und zur vollkommenen Heilung gebracht wurde.

24. J. B., 17 Jahre alt. Bezüglich der Eltern keine Auskunft. Der Patient war bis zum 13. Jahre gesund, als sich eine mehr als ein Jahr lang währende Gonitis ein, nach zwei Jahren eine Ostitis

diaphysis tibiae sin und vor einem Jahre eine Keratitis parenchymatosa beider Augen entwickelte. In Hall, wo keine Uvealerscheinungen mehr zu sehen waren, trat unter starker Trinkcur in kurzer Zeit eine merkliche Aufhellung der Hornhäute auf.

25. H. P., 19 Jahre alt, in den besten Verhältnissen lebend, gibt an, dass sein Vater häufig an „rheumatischen Schmerzen" der unteren Extremitäten leide. Im 16. Jahre bekam er Tophi an beiden Schienbeinen und im 19. Jahre Keratitis parenchymatosa beider Augen. Starker Jodgebrauch bewirkte schnelle Besserung beider Leiden.

26. J. R., 18 Jahre alt. Vater und Mutter dieses schwächlichen Jungen haben vor seiner Geburt Syphilis durchgemacht. Der Patient erkrankte zum erstenmale mit 17 Jahren an einem Tophus der rechten Ulnardiaphyse. Im Winter darauf trat Keratitis parenchymatosa des rechten Auges und im April am linken Auge, hier mit heftiger Cyklitis, auf. Schmiercur und Jod erzielten eine erhebliche Aufhellung der Hornhäute und die Verkleinerung und Schmerzlosigkeit des Tophus.

27. H. C., 28 Jahre alt. Der Vater ist nach Aussage des Sohnes luetisch gewesen; zwei seiner Geschwister haben die gleiche Krankheit wie der Patient, der als Jüngling öfters an Halsdrüsenschwellungen litt und im 23. Jahre an Keratitis parenchymatosa beider Augen und im 25. Jahre an Cyklitis des linken zugleich mit Schwellung der Nackendrüsen erkrankte. Das Leiden erwies sich als sehr hartnäckig; wiederholte Schmiercuren und durch fünf Jahre mit Unterbrechungen fortgesetzter Jodgebrauch machten es möglich, dass der Patient seinem Berufe, der seine Augen stark in Anspruch nimmt, nachgehen kann.

28. M. G., 14 Jahre alt. Der Vater gibt Syphilis zu. Der Knabe, bisher gesund, normal entwickelt, anämisch, leidet seit fünf Monaten an Keratitis parenchymatosa beider Augen. Eine energische Jodcur brachte Besserung, die im Laufe des Herbstes und Winters nach und nach in vollständige Heilung überging.

29. A. F., 4 Jahre alt. Der Vater, der seine einstige Syphilis zugesteht, war ein Jahr vor dem Kinde wegen Schwäche der rechten Körperhälfte, die nach einem vier Monate vorher stattgehabten apoplektischen Anfalle zurückgeblieben war, in Bad Hall. Da auch Reste von Chorioiditis d. vorhanden waren, hatte man die Apoplexie mit Recht auf luetische Gefässerkrankung geschoben und zu Hause eine kräftige antisyphilitische Behandlung vorgenommen. Im folgenden Jahre erkrankte sein bisher gesundes Söhnchen an Keratitis parenchymatosa beider Augen mit geringer Betheiligung des Uvealtractus und wurde deswegen nach Bad Hall geschickt. Eine kräftige Jodcur brachte Besserung und die Fortsetzung des Jodgebrauches zu Hause und im Winter der Gebrauch des Leberthranes brachten es dahin, dass im nächsten Jahre nur sehr geringe Spuren der Trübungen mehr nachweisbar waren.

30.? B. K., 13 Jahre alt. Beide Eltern todt, über sie keine Auskunft. B. K. bekam als 10jähriger Knabe Keratitis parenchymatosa beider Augen, die drei Jahre hindurch zeitweise Nachschübe machten, worauf er nach Hall geschickt wurde. Hutchinson'sche Zahnbildung geringen Grades. Seine Schwester bekam das gleiche Leiden mit 16 Jahren. Besserung; verschollen.

31. J. S., 16 Jahre alt. Ueber den verstorbenen Vater keine genaue Auskunft. Die Mutter ist zart und schwächlich, litt viel an Kopfschmerzen und hat auch jetzt noch zeitweise an leichten, schmerzhaften Schwellungen der Schienbeine, der Akromien und des Brustbeines zu leiden, die manchmal spontan, manchmal nach geringen Jodgaben verschwinden; in jüngster Zeit stellte sich Spitzenkatarrh ein. Der Sohn ist gut entwickelt und kräftig und war bis zu seinem 15. Jahre gesund, als sich ein Leiden der submentalen, inframaxillaren und infraauricularen Lymphdrüsen einstellte, das sich in gar nichts von einer gewöhnlichen Drüsenscrophulose unterschied. Der gleiche Verlauf, der gleiche Inhalt der zahlreichen käsigen Drüsenabscesse und derselbe prompte Heilerfolg nach der Spaltung, sorgfältigen Ausräumung, Jodoformeinstäubung und genau angelegtem Druckverbande. Ich rieth für den Winter Leberthran, der aber von dem eigenwilligen Jungen nicht genommen wurde. Im nächsten Jahre kam der Kranke wieder. Das Heilungsresultat war an den Drüsen nicht gestört worden, nichts Neues dergleichen hinzugekommen. Dagegen brachte er einen Geschwürsprocess an der Nasenscheidewand und eine leichte diffuse Hornhauttrübung nach einer soeben abgelaufenen Keratitis parenchymatosa des linken Auges und eine Episkleritis d. mit. Ung. cinereum als Stirnsalbe, Atropineinträufelung ins Auge, Lapisbehandlung des Septum und innerlich Jodwasser in grösseren Gaben, sowie Jodbäder hatten den besten Erfolg.

32. A. W., 15 Jahre alt. Ueber seine Eltern ist nichts zu erfahren. Er ist angeblich erst seit seinem siebenten oder achten Jahre krank und hat Hautgeschwüre specifischen Charakters, Gummata an verschiedenen Stellen und eine vor fünf Monaten entstandene Iritis sin. Reichlicher Jodgebrauch und die entsprechende örtliche Behandlung bringen Heilung. Verschollen.

33. L. L., 26 Jahre alt. Der Vater hatte 1857 Lues, machte 1858 eine Schmiercur durch, hatte 1873 Ozäna und Knochenschmerzen und gebrauchte zwei Jahre Hall; jetzt, 1886, sind wieder Schmerzen der Tibien und ein flacher Tophus des rechten Stirnbeines vorhanden. Sein einziger Sohn, den er als 12jährigen Knaben nach Hall mitbrachte, war nach des Vaters Angabe bei der Geburt und auch in seiner Kindheit vollkommen makellos und gesund; erst vor einem halben Jahre stellte sich ein hartnäckiger Schnupfen ein. Ich fand bei sehr geräumigen Nasenhöhlen, die einen guten Ueberblick gestatteten, eine mässig starke Rhinitis chronica mit reichlichem, nicht übelriechendem Secrete, ein speckiges Geschwür an der Kuppe der rechten unteren Muschel und ein kleines, eben beginnendes Geschwür an der rechten Seite der Nasen-

scheidewand. Lapisbehandlung örtlich und Jodcur in Hall und zu Hause fortgesetzt, brachten alles zur Heilung. Der Katarrh dauerte noch ein Jahr lang und schwand dann unter zweimal wiederholter Cur. Nun war 12 Jahre lang Ruhe bis vor vier Monaten, als Schmerzen in der Diaphyse der Schienbeine und flache Schwellungen beider Diaphysen auftraten, die eine erneuerte Jodbehandlung nöthig machten.

34. M. K., 17 Jahre alt, welcher über seine Eltern nichts Bestimmtes auszusagen weiss, ist der jüngere Bruder der Patientin Nr. 79, die sechs Jahre vor ihm ebenfalls wegen Ozäna in meiner Behandlung in Bad Hall war. Bei ihm ist dasselbe Uebel in minderem Grade vorhanden, doch ist es auch schon zur Durchbohrung der knorpeligen Scheidewand gekommen. Oertliche Behandlung und Jodcur erzielen die Heilung.

35. H. B., 18 Jahre alt. Keine Notizen über die Familie. Der Patient, sonst stets gesund, leidet seit zwei Jahren an Ozäna mit Durchbohrung des Septum und Nekrose des Vomers. Jodcur, Entfernung des Vomers. Heilung.

36. T. Z., 10 Jahre alt, und dessen 9jähriger Bruder

37. M. Z. sind Kinder einer Mutter, die leichte Tophi der Schienbeine und Empfindlichkeit der Akromien gegen Druck aufweist. Ueber den Vater liegt keine Auskunft vor. Beide Brüder litten seit zwei Jahren an Ozäna und unbedeutender Schwerhörigkeit.

38. J. S., 12 Jahre alt. Der Vater, jetzt tuberculös, hat bis vor wenigen Jahren immer mit syphilitischen Symptomen, besonders Tophis und Knochenschmerzen, zu thun gehabt und hat, wie es scheint, seinem Sohne sowohl die Lues als auch die Tuberculose vererbt. Dieser erkrankte mit 11 Jahren an Keratitis parenchymatosa beider Augen. Im Winter darauf entwickelte sich eine Ozäna, bei welcher die Geschwürsbildung, die mit reichlicher Granulationswucherung einherging, bereits den grössten Theil der Nasenscheidewand consumirt hat. Ausserdem befanden sich in beiden Ellbogenbeugen Geschwüre und oberflächliche Hohlgänge scrophulösen Charakters. Jodbehandlung erzielte in Verbindung mit den nöthigen örtlichen Eingriffen rasche Besserung, im Winter entwickelte sich aber Lungentuberculose und der Kranke starb im nächsten Jahre.

39. S. D., 14 Jahre alt, als Kind gesund. Seit ungefähr drei Jahren Ozäna und Tophi beider Schienbeine. Nähere Notizen fehlen.

40. F. B., 20 Jahre alt. Der Vater hatte einst Syphilis, die Mutter litt zuweilen an heftigen Kopfschmerzen. Der Sohn war bis zum 17. Jahre gesund, als Ozäna und zwei Jahre darauf Rachengeschwüre auftraten, die zur Durchbohrung des weichen Gaumens führten. Schmiercur und Jodcur, Heilung.

41. H. M., 6 Jahre alt. Die Mutter leidet zeitweise an Schmerzen in den Schienbeinen, deren Beinhaut am unteren Ende der Diaphysen etwas geschwollen und gegen Druck sehr empfindlich ist. Das Kind war bis zum letzten Winter gesund, als sich rasch eine Ozäna ent-

wickelte, die zur Durchbohrung des Septums und zum Einsinken des Nasenrückens führte. Besserung durch die Jodcur. Verschollen.

42. M. K., 10 Jahre alt. Ueber die Familie keine Auskunft. Der Knabe leidet seit beiläufig zwei Jahren an Geschwüren des harten und weichen Gaumens charakteristischer Form mit Nekrose eines Stückes des harten Gaumens am gewöhnlichen Platze. Besserung durch Jodgebrauch.

43.? J. B. 17 Jahre alt. Seit vier Jahren Ozäna. Geschwüre in der Nase und Durchbohrung des Septums. Keine sonstige Notiz.

44. M. L., 7 Jahre alt, kam in Begleitung seiner gesunden und kräftigen Mutter nach Bad Hall. Ueber den Vater war nur zu erfahren, dass er kränklich und schwächlich sei. Der Knabe hatte seit zwei Jahren eine ausgesprochene Ozäna mit Defect des grössten Theiles des Septums und Nekrose des Vomers, gegen welche eine kräftige Jodcur und ausgiebige Aetzungen mit Höllenstein mit Erfolg angewendet wurden. Sieben Jahre später kam der Knabe wieder, da ein Onkel zufällig die Haller Cur gebrauchen musste. Dieser machte die Angabe, dass sein inzwischen verstorbener Bruder, der Vater des M. L., in seiner Jugend Syphilis gehabt habe. Diesmal war die Nase bereits arg entstellt, ganz eingesunken, Vomer und Muscheln verloren gegangen. Die noch bestehende hartnäckige Bildung massenhafter Krusten, deren Zurückbleiben und Zersetzung üblen Geruch erzeugten, veranlassten diesmal die Wiederholung der Cur, die, aus dem innerlichen und äusserlichen Gebrauche der Jodsoole und häufigen Irrigationen der Nasenhöhle bestehend, den besten Erfolg hatte.

45. A. G., 19 Jahre alt, dessen Vater in der Jugend Syphilis durchgemacht hat und dessen älterer Bruder gesund sein soll, hatte eine ausgezeichnete verheiratete Amme, deren damaliges Kind gesund war und blieb und deren spätere Kinder sich ebenfalls der besten Gesundheit erfreuen.

A. G. war immer anämisch, sonst aber zeigte sich kein verdächtiges Symptom bis zum 16. Jahre, in welchem sich ein gummöser Process im Rachen, Geschwüre, Durchlöcherung des weichen Gaumens und theilweise Zerstörung der Gaumenbögen einstellten. Durch zweckmässige Behandlung, Schmiercur, Decoctum Zittmanni und Jodcur, wurde die Heilung natürlich mit Hinterlassung der sichtbaren Spuren, Löchern und narbigen Strängen, die zum Theile mit der hinteren Rachenwand in Verbindung stehen, erzielt.

Im 18. Jahre entwickelte sich ein Gumma des harten Gaumens und eine Keratitis ambilateralis, bei der besonders rechts der Uvealtractus stark betheiligt war. Mit den Residuen dieser Leiden und einer 6 bis 7 Millimeter grossen Nekrose des harten Gaumens kam der Kranke als 19jähriger Jüngling nach Bad Hall. Die Bade- und Trinkcur wirkte wohlthätig, die Nekrose stiess sich bald ab, das Loch im Gaumen schloss sich, die Augen hellten sich nach und nach auf, eine einzige Synechie blieb. Diese Cur wurde noch zweimal wiederholt, dazwischen oft Jod- und Eisenpräparate genommen und der Patient

entwickelte sich zu einem zwar stets blassen, aber kräftigen Manne, der seither von luetischen Erscheinungen frei geblieben sein soll.

46. O. S., 15 Jahre alt, einziges Kind seiner Eltern. Der Vater hatte vor der Ehe Lues, die mit Pillen behandelt wurde; seither einmal eine „Hautkrankheit" und Knochenschmerzen an verschiedenen Stellen, die der Jodbehandlung immer weichen. Die Mutter war stets gesund und sieht sehr wohl aus. Sie gebar neun Kinder, die mit Ausnahme des O. theils todt geboren wurden, theils bald nach der Geburt starben. Der Patient, ein verhältnissmässig kräftiger, gut genährter und wohlaussehender Junge, war in der ersten Kindheit gesund und kräftig. Mit $2^1/_2$ Jahren bekam er eine entzündliche Schwellung des rechten Knies, die nach Einreibungen desselben mit Unguentum cinereum wieder verschwand. Im Alter von neun Jahren stellte sich eine Keratitis parenchymatosa zuerst am linken und dann am rechten Auge ein; innerlicher Jodgebrauch neben der fachkundigen Localbehandlung führte nach sechs bis sieben Monaten vollständige Heilung herbei, so dass keine Spur einer Trübung zurückblieb. Im Alter von 13 Jahren trat eine Ostitis der oberen Epiphyse der rechten Tibia auf, die nach sechs bis acht Wochen auf innerlichen und örtlichen Jodgebrauch wieder schwand; ein Jahr später entwickelte sich langsam unter mässigen Schmerzen eine starre Infiltration der Haut und des Zellgewebes an der Vorderfläche der Mitte des rechten Unterschenkels knapp neben und auswärts von der vorderen Schienbeinkante, die Haut zerfiel und es bildete sich ein Geschwür, das sehr langsam im Laufe von Monaten heilte.

Im 15. Jahre begann unter der Narbe des kaum geheilten Geschwüres ein neues Gumma, über dem die Haut zu einem unregelmässig rundlichen Geschwüre von $3^1/_2$ Centimeter Durchmesser zerfiel. In diesem Zustande, vier Monate nach dem Beginne des Leidens, kam der Kranke in meine Behandlung. Den Grund des Geschwüres bildete eine weissgelbe, dem Inneren speckiger Kartoffeln ähnliche, homogene, dichte, übelriechende Gewebsmasse, die überall fest mit der Unterlage verbunden war; die Hautränder waren etwas unterminirt. Vom äusseren Geschwürsrande erstreckte sich unter unversehrter Haut die Härte und Schwellung noch drei Centimeter weit nach aussen bei einem Längendurchmesser von 4 Centimeter. Am unteren äusseren Rande dieser Infiltration war gleichfalls ein nur 15 bis 16 Millimeter im Durchmesser haltendes Geschwür gleicher Beschaffenheit, von welchem aus die Sonde unter der 3 Centimeter breiten Hautbrücke auf die Fläche des grösseren Geschwüres gelangte. Die Schwellung war sichtlich durch die zusammenhängende nekrotische Gewebsmasse gebildet, die in den Geschwüren zu Tage trat. Eine lang fortgesetzte Trink- und Badecur in Bad Hall (60 Bäder), Einreibungen von Unguentum cinereum in die gesunde Haut des Unterschenkels und durch vier Wochen täglich 2 Gramm Jodkalium innerlich; örtlich feuchte Jodoformgaze und darüber ein permanenter Jodwasserverband brachten nach zehn Wochen — also im siebzehnten Monate des Bestandes — die vollständige Vernarbung, nach-

dem das nekrotische Gewebe, sowie es sich stellenweise lockerte, theils durch einfachen Zug mittelst der Kornzange, theils durch Abtragung mit Hilfe der Pincette und Schere entfernt worden war. Der Kranke bekam den Rath, noch einige Jahre lang mehrmals im Jahre ein bis zwei Wochen lang täglich 1 Gramm Jodkalium zu nehmen. Ich habe ihn vor Kurzem ganz gesund gesehen.

47. B. T., 16 Jahre alt. Der Vater war vier Jahre vor dem Knaben wegen Knochensyphilis in Bad Hall, die Mutter ist gesund und sieht blühend aus. Bis zum zehnten Jahre war der Knabe sehr gesund und stark, als die Eltern eine stets zunehmende Verstopfung der Nase bemerkten. Der consultirte Arzt schickte den Kranken nach Hall. Ich fand die sonst gut geformte Nase an der Wurzel verbreitert, die Schleimhaut geschwollen, das Secret reichlich, eiterig, übelriechend, das Bild der *Rhinitis* foetida. Im Laufe des nächsten Winters entwickelte sich ein *gummöser Geschwürsprocess auf der rechten unteren Nasenmuschel und am Septum*, der bis zum Frühling bereits zur Durchbohrung des Septums führte. Durch energische Lapisbehandlung und Jodcur wurde der Process zum Stillstande gebracht, der Septumknorpel aber war grösstentheils zu Grunde gegangen und das Vomer nekrotisch geworden und konnte bald extrahirt werden. Die Nase sank ein. Im Alter von 13 Jahren trat eine *Keratitis parenchymatosa dextra* ein, die nach einer Schmiercur und Jodcur im Laufe eines Jahres so weit schwand, dass keine subjective Sehstörung mehr vorhanden war und die Trübungen nur bei seitlicher Beleuchtung nachgewiesen werden konnten. Der Junge gedieh bestens und entwickelte sich kräftig.

48. H. T., 9 Jahre alt, der Bruder des B. T., war bis zum fünften Jahre gesund, als sich eine seröse Gonitis beider Kniegelenke entwickelte, die damals von dem behandelnden Arzte als Gelenksrheumatismus gedeutet wurde. Sie brauchte gegen drei Monate zu ihrer Heilung. Im nächsten Winter entstand ein *Herzleiden*, systolisches Blasen und stürmische Anfälle von Herzklopfen, die besonders Abends und in der Nacht auftraten. Im nächsten Frühling, als die Herzaffection zwar noch bestand, aber viel schwächer geworden war, kamen wiederholte *Gehirnsymptome*, grosse Reizbarkeit, Aufregungszustände und Hallucinationen, die meistens in der Nacht, nicht selten aber auch während des Tages auftraten. Hall brachte Besserung dieser Zustände, als gegen Ende der Cur ein Tophus am unteren Ende des Manubrium sterni auftrat, welcher unter Jodeinpinselungen und starkem innerlichen Jodgebrauche wieder schwand. Als der Knabe im dritten Sommer wieder kam, waren die Erscheinungen von Seite des Herzens ganz geschwunden, von Seite des Gehirns war nur noch eine etwas grössere Reizbarkeit zurückgeblieben. Im vierten Sommer war er im Uebrigen wohl, aber der knöcherne Nasenrücken war etwas geschwollen; die Schwellung betraf das rechte Nasenbein und den obersten Theil des rechten Nasenfortsatzes des Oberkiefers, die beim Drucke etwas empfindlich waren. Dabei war an der Nasenschleimhaut nichts Abnormes zu bemerken.

Innerlicher und äusserlicher Jodgebrauch verminderten die Schwellung und Empfindlichkeit. Ueber den seitherigen Verlauf besitze ich noch keine Nachrichten.

Ein am Beginne der letzten Badecur auftretender Anfall von Gonitis serosa ambilateral. kam bald zur Heilung. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich auch sowohl die Herzaffection als auch die Hirnstörung der vom Vater ererbten Lues zuschreibe.

49. G. E., 6 Jahre alt. Der Vater war vor der Ehe syphilitisch und hat die Mutter angesteckt; Beide wurden scheinbar geheilt. Der Erstere starb, als der Knabe fünf Jahre alt war, an Tuberculose, die Letztere scheint in dieser Hinsicht gesund zu sein.

Erst im zweiten Lebensjahre sollen am Kinde charakteristische Geschwüre an den Mundwinkeln, am Kinn und an den Nasenflügeln entstanden sein, die durch Mercurialbehandlung geheilt wurden und deren Narben noch sichtbar sind. Im vierten Jahre trat eine Ostitis media d. auf, die nach einer wiederholten Haller Cur heilte.

50. G. V., 8 Jahre alt, anämischer, schwächlicher Knabe, hat eine sehr interessante Familiengeschichte. Seine Mutter hat in 22 Jahren 18 Schwangerschaften durchgemacht und nach diesen 13 lebende Kinder geboren, von denen die ersten sieben frei von Lues waren, fünf davon starben an verschiedenen acuten Infectionskrankheiten (Scharlach, Masern, Keuchhusten, bei einem scheint Tuberculose vorhanden gewesen zu sein). Die überlebende Tochter, ein Mädchen von 19 Jahren, ist vollkommen gesund. Während der achten Schwangerschaft wurde die Frau von ihrem Manne angesteckt; die Syphilissymptome wurden ihr im fünften Schwangerschaftsmonate bemerklich und eine Behandlung eingeleitet. Im siebenten Monate erfolgte der Tod und Abgang der Frucht, deren Erkrankung also wahrscheinlich im Uterus durch das Mutterblut erfolgt war — posteonceptionelle humerale Infection. Dann kam ein Abortus im dritten Monate, im nächsten Jahre ein reifes, mit einem Ausschlage bedecktes Kind, das am zwölften Tage starb, dann unser Patient G. V. Diesem folgten in den nächsten zwei Jahren zwei rhachitische Knaben, die noch leben und sich ziemlich gut entwickeln. Dann erfolgte wieder ein Abortus im dritten Monate, dann kamen nacheinander zwei lebende, noch gesunde Kinder und zum Schlusse noch zweimal Abortus im dritten und fünften Monate.

Unser Patient schien als Säugling ganz gesund zu sein und bekam nur nach der Impfung „Furunkel", nach zwei Jahren eine vorübergehende Otorrhöe, am Ende des dritten Jahres eine Keratitis parenchymatosa des linken Auges und im Sommer 1885 eine gleiche des rechten. Im September wurde der Beginn von Schwerhörigkeit bemerkt, die immer zunahm. Als ich ihn im April 1886 zum erstenmale sah, war das rechte Ohr vollkommen taub, das linke in hohem Grade schwerhörig, an den Ohren selbst keine andere Veränderung Ausserdem war Keratitis parenchymatosa mit hochgradiger Betheiligung des Uvealtractus und eine schmerzhafte Auftreibung der Epiphysen beider Knie- und Sprunggelenke und der Carpalenden beider Radien vorhanden. Hutchin-

son'sche Zähne. Im Laufe des Sommers nahm die Uveitis stetig zu; die Trübung der Hornhäute ist constant geblieben, das Sehvermögen bis auf eine schwache Lichtwahrnehmung herabgesunken. Zugleich änderte sich aber die Consistenz beider Bulbi, sie wurden sehr weich, fast teigig, und bekamen erst wieder, nachdem Eserineinträufelungen eine Zeitlang fortgesetzt worden waren, eine etwas normalere Consistenz; gleichwohl bieten sie das Bild von beginnender Atrophie. Das eine Zeitlang gänzlich erloschene Gehör kehrte auf dem linken Ohre wieder etwas zurück; die Gelenksenden wurden schmerzlos, die Bewegungen der Extremitäten wieder frei. Es ist dies eine der schlimmsten Formen von Keratitis und Uveitis maligna, die gegen die Therapie ganz indolent sich verhielt. Eine Schmiercur von 36 Einreibungen (anfangs 1·50, dann 2·00 Ung. cin. p. die) und innerlich Jod in allen Formen und Gaben vermochten den Gang des Augenleidens nicht zu beeinflussen.

Ich hatte Gelegenheit, den Patienten vor Kurzem wieder zu sehen, nachdem er bisher täglich 1 Gramm Jodkalium genommen hatte. Das Gehör ist auf dem linken Ohre so gebessert, dass er zwar die Taschenuhr in 1 Centimeter Entfernung noch nicht hört, ein nur einigermassen lautes Sprechen aber versteht, aber das rechte Ohr ist absolut taub. Die Augen sind reizlos, die Hornhäute gleichmässig getrübt, etwas abgeflacht, die vorderen Kammern verschwunden, die Pupillen verengt, unbeweglich, durch graues Exsudat verschlossen; beide Bulbi weicher als normal, schwache Lichtwahrnehmung ist vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist ganz vorzüglich, die Gelenke sind schmerzlos, die Bewegungen vollkommen frei.

51. A. F., 26 Jahre alt, ziemlich kräftiger Mann, hat fünf ältere, ganz gesunde Geschwister und kam gesund zur Welt. Der Vater ist todt, die Mutter, eine sehr kräftige Frau, begann bald nach seiner Geburt an Schmerzen in den Gliedern und an charakteristischen Kopfschmerzen zu leiden, es bildeten sich Topbi am Schädel, die durch Mercur und Jod geheilt wurden und vor Kurzem nach langer Pause wieder verschiedene Tophi und eine luetische Neuritis ulnaris. Beim Sohne traten, als er 13 Monate alt war, Schmerzen bei der Berührung des linken Fusses auf, die zunahmen und zu denen sich bald darauf eine Schwellung des Schienbeines bis zum Knie gesellte. Ein berühmter Chirurg, dem der Fall gezeigt wurde, verordnete Einreibungen der kranken Stellen mit grauer Salbe, die so lange fortgesetzt wurden, bis sie geheilt schienen. Die Extremität soll aber noch sehr lange — bis zum achten Jahre — sehr schwach und mager gewesen und nachgeschleppt worden sein — essentielle Paralyse? Dann entwickelte sich der Knabe ganz gut und wurde trotz zeitweiser Schmerzen an verschiedenen Knochen ein, wenn auch nicht so starker, als seine Geschwister, doch anscheinend gesunder Mann. Im 26. Jahre hatte er noch einen Tophus. Er ist verheiratet und hat hübsche, kräftige Kinder.

52. H. M., 28 Jahre alt, ein mittelgrosser, zart gebauter, gesund aussehender Mann, ist der Bruder der Patientin Nr. 98. Der Vater,

wahrscheinlich in Folge syphilitischer Gefässerkrankung an Hirnapoplexie gestorben, litt an verschiedenen syphilitischen Formen und noch kurz vor seinem Tode an Chorioiditis specifica. Die Mutter, eine anämische Frau, hatte zu verschiedenen Zeiten an Tophis der Schienbeine, des Schädels und typischen Kopfschmerzen und in jüngster Zeit an Chorioiditis d. zu leiden. Der junge Mann war früher stets gesund, ist seit einigen Jahren nervös und reizbar und leidet seit mehreren Wochen an heftigen Kopfschmerzen und Schwindel. Bei der Untersuchung des Schädels finden sich an den Scheitelhöckern und auf der Höhe des Scheitels Stellen, die gegen Druck schmerzhaft und etwas geschwollen sind. Ich rieth eine innerliche Jodcur an, welche die Beschwerden rasch beseitigte.

53. H. Z., 26 Jahre alt, hatte im 19. Jahre eine doppelseitige Keratitis parenchymatosa, eben daran litt im gleichen Alter sein um ein Jahr jüngerer Bruder

54. A. Z. Beide wurden durch innerlichen Jodgebrauch und entsprechende Behandlung der Augen geheilt. Wenn auch diese Gleichheit der Erkrankung an Keratitis parenchymatosa schon den Verdacht des luetischen Ursprungs erregt, so wird derselbe durch die gleiche, aber mit anderen unzweifelhaft syphilitischen Leiden complicirte Erkrankung seiner beiden Schwestern, Nr. 117 und 118, zur Gewissheit erhoben. Von besonderem Interesse ist, dass H. Z. sich sieben Jahre später inficirte und wegen secundärer Syphilis (Drüsenleiden, Papeln auf den Mandeln, Geschwüren an den Zungenrändern und Lippenschleimhaut) von mir einer Schmiercur unterzogen wurde. Daraus folgt, dass Lues congenita tarda vollständig heilbar ist, oder, wenn man diesen Schluss nicht annehmen will, dass sie keinen unbedingten Schutz gegen neue Syphilis verleiht. Mir, der den Patienten kennt, scheint der erstere Schluss berechtigter.

55. S. G., 16 Jahre alt, ein kräftiger, wohlgenährter, blasser Junge, der über seine Angehörigen keine anderen Auskünfte zu geben vermag, als dass der Vater schon lange todt, die Mutter kränklich sei, litt im 13. Jahre, nachdem er vorher stets gesund gewesen sein soll, an scrophulösen Geschwüren am Halse, die zur Vernarbung gelangten. Jetzt bot er eine Schwellung der Submentaldrüse und eine Durchbohrung des Septum cartil. dar, von deren Existenz er nichts wusste. Die Oeffnung hatte circa $1^1/_2$ Centimeter im Durchmesser und war in ihrer vorderen Peripherie umnarbt, während nach rück- und aufwärts noch einige gummöse Knötchen, die theilweise exulcerirt waren, vorhanden waren; an einer kleinen Stelle Nekrose der Gaumenplatte. Energische Anwendung des Lapisstiftes und eine ausgiebige Jodcur brachten in sechs Wochen Heilung.

56.? N. N., 9 Jahre alt, kräftig, mit normalen Zähnen. Beide Eltern hatten vor 20 Jahren Lues und sollen nach Aussage des begleitenden Onkels noch nicht frei davon sein. Es ist nicht klar, ob nach der Geburt luetische Zeichen am Kinde vorhanden waren (daher das vorstehende Fragezeichen). Jedenfalls war der Knabe bis vor drei

Monaten ganz gesund und sehr kräftig, als er gleichzeitig mit seiner um zwei Jahre jüngeren Schwester an beiderseitiger Keratitis mit starker Betheiligung des Uvealtractus erkrankte. Schmiercur und eine ausgiebige Jodcur übten den günstigsten Einfluss, so dass bei der Entlassung die Reizungserscheinungen verschwunden und die Aufhellung der Hornhäute schon so weit vorgeschritten war, dass nur mehr eine mässige Sehstörung bestand. (Fingerzählen auf 5 Meter.)

57. V. S, 16 Jahre alt, ein sehr kräftiger, wohl aussehender Junge, den ich von der Kindheit an kenne, da ich seinen Vater vor 15 Jahren an schwerer Knochensyphilis behandelt habe. Die anderen Kinder dieses Mannes, ältere und jüngere als unser Patient, waren alle gesund. Bei diesem entwickelte sich im 16. Jahre — vorher war niemals irgend eine Spur von Lues vorhanden gewesen — eine spontan wenig, beim Drucke ziemlich schmerzhafte, beträchtliche Auftreibung der oberen Epiphysen beider Schienbeine und eine Leberschwellung, welche gut zwei Querfinger unter den Rippenbogen herabreichte.

Unter einer kräftigen Jodcur kehrte die Leber auf die normale Ausdehnung zurück und die Auftreibung der Schienbeine wurde schmerzlos und verkleinerte sich wesentlich.

58. R. V., 12 Jahre alt, einziges Kind. Der Vater hatte vor der Ehe Lues und soll noch zeitweise an Geschwüren, Knochenschmerzen und Tophis leiden; die Mutter scheint gesund geblieben zu sein. Beim Knaben ist deutliche Hutchinson'sche Zahnbildung vorhanden, die früher nicht beachtet worden ist; sonst soll er bis zur letzten Erkrankung stets gesund gewesen sein. Vor vier Monaten stellte sich eine mässige Schwerhörigkeit und einige Wochen darauf Keratitis parenchymatosa des rechten, einen Monat später auch des linken Auges mit geringer Betheiligung des Uvealtractus ein. Hier war also die Hutchinson'sche Trias vorhanden. Quecksilber-Stirnsalbe und eine ausgiebige Jodcur besserten die Keratitis so beträchtlich, dass das Sehvermögen vollständig zurückkehrte, wenn auch die Trübungen noch nicht ganz zurückgegangen waren. Die Schwerhörigkeit blieb im Status quo ante.

B. Weibliche Kranke.

59. M. O., $2^1/_4$ Jahre alt. Der Vater hatte fünf Jahre vorher Syphilis durchgemacht und war zur Zeit der Krankheit der M. O., seines ältesten Töchterchens, Hämoptoiker. Die Mutter, eine sehr kräftige Frau, hatte ein Gumma an der Unterlippe, geschwollene Nackendrüsen und Tophi beider Schienbeine. Das Kind war bis zum Beginne seines dritten Lebensjahres gesund und sehr kräftig, als zwei Monate vor seiner Ankunft in Hall eine Submaxillardrüse schwoll, abscedirte, geöffnet, ausgeräumt und durch Druckverband zur Heilung gebracht wurde. Im Winter darauf kam eine Iritis sinistra und im folgenden Frühling eine Keratitis parenchymatosa beider Augen mit stärkerer

Iritis und Cyklitis des rechten Auges. Eine Schmiercur und Jodcur zu Hause, dann die Haller Cur brachten vollständige Heilung. Die Zähne sind wohlgebildet.

60. S. M., 14 Jahre alt. Der Vater ist asthmatisch und bringt den Winter immer im Süden zu, konnte daher nicht untersucht und nichts Näheres über ihn erfahren werden. Die Mutter schien ganz gesund, ebenso sollen die älteren Geschwister vollkommen gesund und kräftig sein; die Lebensverhältnisse sind vorzüglich.

Die Patientin, gut entwickelt, mit normalen schönen Zähnen, war bis zum Beginne ihres 13. Jahres gesund, als im Laufe des Winters die Drüsen der linken Halsseite vom Ohrläppchen bis zum Schlüsselbeine zu schwellen begannen und eine beträchtliche Entstellung bewirkten. Rechts waren nur wenige kleine Lymphdrüsen fühlbar. Ausser einem mässigen Nasen- und Rachenkatarrh war nichts Krankhaftes nachweisbar und nichts schien auf Lues zu deuten. Die Haller Cur, dann ein Gebirgsaufenthalt, im Winter innerlich ein schwacher Jodgebrauch, äusserlich Kupfersalbe brachten eine solche Besserung, dass im Frühling die Drüsen sehr klein waren. Der nächste Sommer wurde im Hochgebirge zugebracht. Dort kam es zu einer Recidive der Drüsenschwellung und zu einer Keratitis parenchymatosa dextra. Nun erfuhr ich auf mein Nachforschen, dass die sehr blühend aussehende Mutter oft an rheumatischen Schmerzen leide und fand bei ihr an beiden Schienbeinen und am linken Akromica leichte periostale Schwellungen und Schmerzhaftigkeit beim Drucke. Sie bekam Jodkalium und gebrauchte Hall ebenso wie ihre Tochter, bei welcher unter dieser Cur und der entsprechenden localen Behandlung die Keratitis bis auf einen leichten, subjectiv nicht mehr störenden Nebel verschwand. Roncegnowasser nach der Jodcur und im Winter ab und zu Jodkalium befestigten den Heilerfolg.

61. J. T., 24 Jahre alt, mit Andeutung Hutchinson'scher Zähne, Gehör normal. Der Vater soll an „Rheumatismen" gelitten haben. Die Patientin bekam in der Pubertätszeit eine seither geheilte Ozäna, in deren Folge die Nase an der Wurzel etwas einsank. Mit 18 Jahren heiratete sie einen Mann, der jede Erkrankung seinerseits in Abrede stellt, und bekam bisher drei Kinder, die etwas lymphatisch aussehen, sonst aber gesund sind. Im 22. Jahre begann eine Keratitis und Cyklitis des linken Auges und bald darauf eine rechtsseitige Iritis und Cyklitis ohne Hornhautbetheiligung. Nach entsprechender Behandlung in ihrer Heimat wurde die — im dritten Monate schwangere — Kranke nach Bad Hall geschickt, wo sich der Zustand wesentlich besserte. Im Winter trat gegen Ende der Schwangerschaft auch am rechten Auge Keratitis mit gleichmässiger diffuser Trübung und Cyklitis auf. Nun wurde local graue Stirnsalbe und Atropin und nach dem Wochenbette Jodkalium gegeben und die Patientin im Sommer wieder nach Hall geschickt. Wieder Besserung. Als die Kranke zurückkehrte, erhielt sie den Rath, den Winter hindurch abwechselnd Jodkalium und Eisen in verschiedenen Formen zu gebrauchen.

Im nächsten Winter soll aber bei einer neuen Schwangerschaft wieder eine Recidive aufgetreten sein.

62. S. F., die Schwester der Vorigen, 14 Jahre alt, anämisch, schwammig aussehend, kam, als jene zum letztenmale in Hall war, in ihrer Begleitung wegen einer im letzten Winter entwickelten Ozäna und Schwellung der Nackendrüsen beider Seiten. Die Ozäna war im Beginne, noch keinerlei Geschwürsprocesse nachweisbar. Da aber die Krankheit der Schwester keinen Zweifel über die Natur des Leidens erlaubte, verordnete ich sogleich stärkere Jodgaben, liess bei den Mahlzeiten Roncegnowasser nehmen und empfahl, als sie wesentlich gebessert abreiste, die Fortsetzung dieser Therapie.

63. J. D., 16 Jahre alt, ist das älteste von vier Geschwistern; die jüngeren haben lymphatischen Habitus. Der Vater hat in der Jugend Syphilis überstanden, ist aber jetzt gesund, die Mutter eine gesunde, kräftige Frau. Die Patientin hatte als Kind von sieben Jahren eine Caries des Mittelfussknochens der linken grossen Zehe, die mit Hinterlassung eines Substanzverlustes heilte. (Gumma?) Vor einem Jahre trat beim Eintritte der Menses Keratitis parenchymatosa dextra und Iritis sin. auf, die im Frühling recidivirte und sie nach Hall brachte. Heilung durch Jodgebrauch.

64. G. N., 12 Jahre alt, gut entwickeltes Mädchen mit normalen Zähnen. Vom Vater ist nur bekannt, dass er nach einem etwas bewegten Leben früh an Tuberculose starb, die Mutter ist anscheinend gesund, die Patientin ihr einziges Kind. Sie litt als Kind von 13 Monaten an Geschwüren der Lippen und der Zunge, die vom heimischen Arzte für syphilitisch angesehen und demgemäss durch örtliche und allgemeine Behandlung zur Heilung gebracht wurde. Mit neun Jahren begann eine Keratitis parenchymatosa beider Augen, welche rechts nach und nach zur dichten gelblichen Trübung wurde, die nur eine kleine Stelle am inneren oberen Quadranten frei liess; die Trübung der linken Hornhaut war mehr diffus und hatte nur einzelne, ganz undurchsichtige Stellen. Das Sehen war rechts ganz unmöglich, links so undeutlich, dass die Patientin nicht allein herumgehen konnte. Im Laufe von drei Jahren hatten die Behandlung durch einen hervorragenden Augenarzt und die in jedem Sommer angewendete Haller Cur den Erfolg, dass die linke Hornhaut so aufgehellt wurde, dass die Trübung nur mehr objectiv nachweisbar war, subjectiv aber gar nicht mehr störte, während sie rechts doch so verkleinert wurde, dass eventuell mit einer Pupillenbildung abzuhelfen sein wird.

65. W. M., 13 Jahre alt, deren Vater und wahrscheinlich auch die Mutter Lues durchgemacht haben, ein lymphatisch aussehendes, gut entwickeltes Kind mit etwas dicker Nase und tadellosen Zähnen. Mit 12 Jahren bekam sie eine Keratitis parenchymatosa beider Augen, die nach der Haller Cur so gebessert wurde, dass die Trübung keine Sehstörung mehr verursachte. Die Wiederholung der Cur wurde dieses Wohlbefindens wegen im nächsten Jahre unterlassen. Indessen trat die Menstruation ein und blieb seither regelmässig. Im folgenden

Winter aber begann eine Schwerhörigkeit beider Ohren, die sich ungeachtet der Specialbehandlung — eine Allgemeinbehandlung wurde leider unterlassen — bis zur vollständigen Taubheit steigerte. Im folgenden Sommer brachte Hall eine geringe Besserung des Gehörs, so dass wenigstens lautes Sprechen auf dem rechten Ohre gehört wird. Ich rieth Einreibungen grauer Salbe hinter dem Ohre und die Fortsetzung der innerlichen Jodbehandlung. Im vierten Jahre kam eine leichte Ozäna, die aber nach einem halben Jahre wieder zur Heilung gelangte.

66. J. N., 15 Jahre alt. Bezüglich des schon vor Langem verstorbenen Vaters ist keine verlässliche Nachricht zu erhalten, das, was bekannt ist, deutet darauf, dass er wahrscheinlich Syphilis gehabt habe. Die Mutter ist kräftig, etwas anämisch und leidet zeitweise an spontanen und Druckschmerzen an den Schienbeinen, Schulterblättern, Brustbeinen und den Rippen. Die um zwei Jahre ältere Schwester ist gesund. Die Patientin, als kleines Kind gesund, erkrankte mit sieben Jahren an einem Nasen-Rachenkatarrh, der sich stetig verschlimmerte und zu dem sich nach und nach Schwerhörigkeit gesellte, die sich im Laufe der Jahre immer steigerte. Im 14. Jahre kam die Menstruation und blieb seither ziemlich regelmässig. Ein Jahr später kam die Kranke in meine Behandlung. Ich fand eine Ozäna der schlimmsten Art, die Nasenscheidewand bereits zerstört, die Schleimhaut überall geschwürig, Vomer und Muscheln nekrotisch, ausserdem in der Mitte des harten Gaumens eine durch ein erweichtes Gumma gebildete haselnussgrosse Geschwulst, die oberen mittleren Schneidezähne locker und den weichen Gaumen geschwürig zerfallen. Absolute Taubheit. Eine Allgemeinbehandlung hatte bisher merkwürdigerweise noch nicht stattgefunden, und mir stand daher eine dankbare Arbeit bevor. Eine Schmiercur neben einer energischen Jodbehandlung und örtlich das nöthige chirurgische Verfahren brachte den Process in zwei Monaten zur Heilung, nachdem der grösste Theil des knöchernen Nasengerüstes und das Mittelstück des Oberkiefers mit den mittleren Schneidezähnen entfernt worden war. Die Kranke musste noch zeitweise Jodkalium nehmen und regelmässig mit lauem Jodwasser den Nasen-Rachenraum ausspülen. Nach einem Jahre wurde das Tragen eines Obturators mit falschen Schneidezähnen möglich. Zwei Jahre später trat im Herbste eine Keratitis parenchymatosa d. mit Iritis, Cyklitis und Episkleritis in stürmischer Weise auf, die mich zur Vornahme einer zweiten Schmiercur — 24 Einreibungen à 4 Gramm in vier Wochen — mit gleichzeitigem innerlichen Jodgebrauche veranlassten, während ins Auge Atropin und nachdem sich dieses als machtlos erwiesen, Duboisin eingeträufelt wurde. Die Heilung kam in sechs Wochen so gut zu Stande, dass nur eine geringfügige, subjectiv nicht mehr störende Trübung zurückblieb; das Gehör aber blieb vollständig verloren. Seither ist Ruhe, sogar die Krustenbildung in der Nase hat aufgehört.

67. A. M., 8 Jahre alt. Der sehr kräftige Vater leugnete jede Infection, die wohlgenährte anämische Mutter litt an Schwellungen

und Schmerzen beider Schienbeine, die nach dem Gebrauche von Jodkalium und Jodeisen schwanden. Das sonst wohlgenährte Kind hatte seit drei Monaten ein aus einem zerfallenen Gumma entstandenes Geschwür am rechten oberen Augenbogen ober dem äusseren Augenwinkel und eine doppelseitige Keratitis parenchymatosa. Quecksilber-Stirnsalbe und eine energische Jodcur brachten bald Besserung, das Geschwür heilte rasch. Im Winter wurde öfters Jod und dazwischen Eisen gegeben und im nächsten Sommer die Haller Cur wiederholt, wobei sich die Hornhauttrübungen im Laufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren ganz aufhellten.

Seit fünf Jahren keine Recidiven. Gehör und Zähne normal.

68. E. E., 17 Jahre alt, mit Hutchinson'scher Zahnbildung, hatte niemals Zeichen von Scrophulose, keine hereditäre Belastung ist nachweisbar. Der Vater war einst syphilitisch. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren trat Keratitis parenchymatosa am linken Auge auf, die unter Jodgebrauch binnen sieben Monaten sich vollkommen aufhellte.

69.? A. S., 20 Jahre alt, anämisches Mädchen. Die Mutter angeblich gesund, vom Vater nichts zu erfahren, keine Geschwister.

Im 14. Jahre entstand Keratitis parenchymatosa beider Augen, die eine sehr schwache, gleichmässige, ganz transparente Trübung hinterliess. Im 19. Jahre begannen Erkrankungen beider Augen, die seither in den verschiedensten Formen die Kranke quälten: zuerst Iritis beider Augen, dann Chorioiditis des linken, hierauf Hämorrhagien in den rechten, dann in den linken Glaskörper, endlich wieder eine neue Iritis dextra, mit der sie nach Hall kam. Ausgiebige Schmiercuren und Jodcuren haben immer die acute Krankheit beseitigt, konnten aber das Eintreten der Recidiven nicht hindern. Seit der Haller Cur, die im nächsten Jahre wiederholt wurde, ist Ruhe. Eine geringfügige Schwerhörigkeit ist vorhanden, deren Beginn nicht bekannt ist.

70.? F. S., 15 Jahre alt. Der Vater soll gesund sein, die ebenfalls gesund aussehende Mutter gibt aber an, dass sie sowohl als ihre ältere Schwester in den Entwicklungsjahren an dem gleichen Leiden gelitten haben, wie nun ihre Tochter, und in der That entdeckt man bei seitlicher Beleuchtung in der rechten Hornhaut noch Spuren der einstigen Trübung, Erscheinungen von Scrophulose fehlen sowohl bei der Mutter als auch bei der Tochter, ihre Lebensverhältnisse sind günstig und so bleibt mit Rücksicht auf die einstige gleiche Erkrankung der Schwester der Mutter nur übrig, die Krankheitsquelle in der grosselterlichen Lues zu suchen. Eine klare anamnestische Einsicht ist hier nicht möglich; gleichwohl berechtigen die Umstände, den Fall als Lues congenita tarda — mit dem Fragezeichen — anzuführen.

Das Mädchen erkrankte vor einem halben Jahre, bald nach der ersten Menstruation, an Keratitis parenchymatosa beider Augen, rechts leichte diffuse Trübung, links die Trübung stellenweise dichter, fleckig, das Sehen sehr beeinträchtigend; beim Beginne sollen starke Reizerscheinungen vorhanden gewesen sein. Die Haller Cur und die

Fortsetzung des Jodwassers nach derselben hatten eine sehr beträchtliche Aufhellung auch der linken Hornhaut zur Folge.

71. E. L., 10 Jahre alt. Die Mutter sieht blühend aus, über den Vater konnte ich nur erfahren, dass er schwächlich sei. Das Mädchen, ihr einziges Kind, ist gut genährt, aber in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung zurückgeblieben.

Im achten Jahre entstand eine Keratitis parenchymatosa beider Augen, deren Spuren noch vorhanden sind, im zehnten Jahre ein Gumma des harten Gaumens, der schon durchlöchert war, als ich das Kind sah und zugleich eine mässige Schwellung der Unterkieferlymphdrüsen. Unter dem Jodgebrauche erfolgte die Uebernarbung des Gaumengeschwüres und im Verlaufe des nächsten Winters die Resorption der geschwollenen Lymphdrüsen.

72. A. B., 10 Jahre alt. Daten über den Vater fehlen, die Mutter ist gesund. Ein alter Tophus tibiae sin, der vor vier Jahren entstand und jetzt schmerzlos ist, ist das Zeichen der ersten Erkrankung, der vor zwei Monaten eine Keratitis parenchymatosa und Iritis des linken Auges folgte. Atrophin, Quecksilberstirnsalbe und Jodeur brachten die Heilung, nach der eine ganz geringe transparente Trübung zurückblieb.

73. P. D., 18 Jahre alt. Der Vater gesund und kräftig, leugnet, Lues gehabt zu haben, die Mutter leidet noch zeitweise an charakteristischer Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Schienbeine. Die zwei jüngeren Geschwister sind gesund.

Als fünfjähriges Kind begann P. D. mit dem rechten Auge zu schielen und bald darauf auch auf dem rechten Beine zu hinken. Zuerst wurde dies für den Beginn von Coxalgie angesehen und die Extremität immobilisirt, nach einigen Wochen erklärte ein ausgezeichneter Fachmann das Leiden als Innervationsstörung, befahl Bewegung und eine entsprechende innere Medication, worauf sich das Hinken vollständig verlor. Das Schielen aber blieb und das rechte Auge, dessen Sehvermögen herabgesetzt war, blieb etwas kleiner als das linke. Im Alter von 14 Jahren kam eine hochgradige Lymphdrüsenschwellung der rechten Hals- und Nackenseite vom Zitzenfortsatze bis zum Schlüsselbeine, die sie nach Bad Hall brachte. Ich gestehe, dass ich damals noch nicht auf die Diagnose Lues congenita verfiel, sondern die Drüsenschwellung dem Institutsaufenthalte zuschrieb. Die Haller Cur hatte den besten Erfolg, wurde im nächsten Jahre wiederholt und die Drüsenschwellungen schwanden.

Da kam im 18. Jahre eine heftige Chorioiditis des bisher gesunden linken Auges. Nun war kein Zweifel mehr über die Natur des Leidens und eine energische Schmiercur und dann die Jodeur in Hall beseitigten vollständig die Chorioiditis. Gehör und Zähne sind normal.

74. L. M., 13 Jahre alt, war als Kind gesund; beide Eltern litten an Lues. Seit drei Monaten Kerato-iritis beider Augen ex lue congenita. Sonst keine Notiz.

75. E. M., 16 Jahre alt. Der Vater war syphilitisch. Die Mutter bekam im dritten Jahre der Ehe Chorioiditis des rechten Auges, welches erblindete,

und ein Jahr darauf hochgradige Skleritis, Cyklitis, Iritis und Chorioiditis am linken Auge, wodurch das Sehvermögen auch dieses Auges bedeutend herabgesetzt wurde. Später kamen Tophi cranii et tibiarum, die noch zeitweise recidiviren. Die Tochter war angeblich bis zum neunten Jahre gesund, als eine spindelförmige Auftreibung der Diaphyse des linken Schienbeines und im 11. Jahre derselbe Process an der oberen Epiphyse und am inneren Knöchel des rechten Schienbeines auftrat. Im 13. Jahre wurde sie menstruirt. Bald darauf stellte sich eine Keratitis parenchymatosa diffusa des linken Auges mit geringer Sehstörung und im folgenden Jahre Keratitis parenchymatosa und Iritis rechts ein; dann folgte fortlaufend eine Ozäna, Durchbohrung des Septums, leichtes Einsinken des Nasenrückens am Ansatze des Septum cartilag. und Geschwüre des weichen Gaumens mit Durchlöcherung desselben. Immer wiederholte Jodcuren, eine Zittmann'sche Cur und entsprechende örtliche Behandlung führten endlich zur Heilung. Seit sechs Jahren sind die Recidiven ausgeblieben.

76.? F. S., 20 Jahre alt, bleiche, zarte Südländerin, Virgo, deren Vater an Hautgeschwüren und Schmerzen in den Beinen leiden soll, hat seit einem Jahre Keratitis et Cyklitis des rechten Auges. Hutchinson'sche Zahnbildung leichten Grades. Sonst keine Notiz. Besserung durch die Jodcur.

77. F. S., 12 Jahre alt. Ihre Mutter befand sich wegen alter Knochensyphilis zugleich mit der Tochter in meiner Behandlung. Diese, bisher gesund, litt seit einem halben Jahre an Ozäna und Geschwüren am Septum. Energische Jodcur brachte Beiden Heilung.

78. R. K., 15 Jahre alt. Ueber die Eltern waren keine klaren Daten zu erhalten, dagegen wurde die Diagnose nachträglich dadurch erhärtet, dass ich sechs Jahre später ihren Bruder (Nr. 34) mit der gleichen Krankheitsform in Behandlung bekam. Schwellung der linken Nacken- und Halsdrüsen im 14. Jahre, Ozäna und Gummata der Nase im 15. Jahre, die binnen zwei Jahren nach und nach zum Verluste des Septums und eines Theiles des rechten Nasenflügels führten und erst durch eine ausgiebige Schmiercur geheilt werden konnten.

79. A. P., 20 Jahre alt. Die Mutter hat in den ersten Jahren ihrer Ehe Lues durchgemacht; Zeugen davon die durch das Einsinken des knorpeligen Nasentheiles etwas entstellte Nase und alte Tophi beider Schienbeine. Sie hatte Ruhe bis in ihr 65. Jahr, bis wieder Schmerzen an den alten Stellen der Schienbeine und ein frischer Tophus an der Tuberositas tibiae sich einstellten. Die Tochter, gross und kräftig, war als Kind angeblich gesund und bekam erst in den Entwicklungsjahren eine Ozäna, in deren Folge die Nase einsank und das knöcherne Gerüste derselben grösstentheils verloren ging. Jetzt noch ist eine vermehrte Krustenbildung und übler Geruch zeitweise wahrnehmbar, aber keine Nekrose mehr nachzuweisen. Als die Patientin im Alter von 24 Jahren einen Knaben bekam, war dieser vollkommen gesund, erst in seinem 11. Jahre traten Schwellungen der Nackendrüsen auf, die aber nach wiederholter Jodcur in einigen Jahren

vollständig schwanden. Ich habe ihn als 19jährigen Jüngling wieder gesehen und ganz wohl gefunden; über den jetzigen Zustand des jungen Mannes ist mir nichts bekannt.

80. J. A., 14 Jahre alt, zurückgebliebenes, zartes Mädchen, dessen Mutter Spuren von Lues aufweist. Das Kind bekam mit 11 Jahren Ozäna, später Nekrose des harten Gaumens und im letzten Winter Geschwüre des weichen Gaumens, die zu weitgehenden Zerstörungen desselben führten. Eine starke Jodcur erzielte die Heilung. Verschollen.

81. J. S., 14 Jahre alt. Keine Angaben bezüglich der Eltern. Die Krankheit begann im achten Jahre und gedieh nach und nach bis zur jetzigen Höhe: Ozäna, Nekrose des Vomers, Geschwüre am harten und weichen Gaumen. Schmiercur und Jodcur, Entfernung der todten Knochen, Bepinselung mit Jodtinctur, energische Lapistouchirungen. Heilung.

82. K. G., 17 Jahre alt. Der Vater soll lange Zeit kränklich gewesen und plötzlich gestorben sein; die Nasenform der Mutter ist verdächtig, der Nasenrücken etwas eingedrückt. Die älteren Geschwister sind gesund.

Die Patientin bekam in ihrem 15. Jahre nach eingetretener Menstruation eine Ozäna, die sich immer steigerte. Als ich sie zwei Jahre später sah, war ausser einer leichten Schwellung der Nase äusserlich nichts bemerkbar. Die Nase war verstopft, die Schleimhaut geschwollen und von Geschwüren und Granulationen bedeckt, die besonders das Septum besetzten, welches der Lapisstift beim geringsten Drucke durchbohrte. Am harten Gaumen war eine leichte Auftreibung bemerkbar, die Nackendrüsen beiderseits bedeutend vergrössert. Das Mädchen war Virgo intacta. Eine ausgiebige Jodcur und örtlich die energische Anwendung des Lapisstiftes schienen den Process zum Stillstande gebracht zu haben. Im nächsten Jahre aber kam eine Recidive sowohl in der Nase als auch Gummen des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand, die, als ich die Kranke wieder sah, bereits zerfallen waren. Ebenso war es zur Nekrose des ganzen knöchernen Gerüstes der Nase und eines Theiles der Gaumenplatte des Oberkiefers gekommen. Nun wurde eine ausgiebige Schmiercur ins Werk gesetzt und zugleich Decoctum Zittmanni und später Jodkalium verordnet und die nekrotischen Knochen nach und nach entfernt. Jodkalium wurde noch lange fortgesetzt. Von den geschwollenen Drüsen im Nacken und in der Fossa supraclaviculare sin. erweichten einige, wurden entleert und zur Heilung gebracht. Ein Tophus manubrii sterni, der nach weiteren drei Jahren auftrat, wurde wieder unter Jodgebrauch resorbirt.

Im Sommer des folgenden Jahres, also sechs Jahre nach dem Beginne des Leidens, kam eine Chondritis laryngea, welche die Laryngotomie nöthig machte; zugleich wurde eine neue Schmiercur durchgeführt. Nun blieb Ruhe, mit Ausnahme von zeitweisen Drüsenvereiterungen am Nacken und Halse, die endlich nach und nach aufhörten. Als ich die Kranke zum letztenmale sah, schien der Process, der im Ganzen zehn Jahre gedauert hatte, endlich beendigt zu sein.

83. F. H., 15 Jahre alt. Ueber den Vater keine genügende Auskunft. Die Mutter hat bisweilen Schmerzen in den Schienbeinen. Die Patientin, zart, noch nicht menstruirt, hat seit zwei Jahren Ozäna, das Septum ist perforirt, der Rand des Loches geschwürig. Vor sechs Wochen entstand eine Chondritis thyreoidea. Heilung durch die Jodcur und Lapistouchirungen des Septums.

84. F. W., 16 Jahre alt. Der Vater hat Syphilis gehabt, die Mutter scheint gesund. Im neunten Jahre wurde das Auftreten von Periostitis an der oberen Epiphyse beider Schienbeine bemerkt. Im 14. Jahre kam eine Ozäna und ein Gumma an der Insertion des rechten M. deltoides. Als sie nach Hall kam, war die rechte Wand des Septums von Geschwüren eingenommen, die sich auf die Nasenspitze und den rechten Nasenflügel fortsetzten. Energische örtliche Lapisbehandlung, Schmiercur und Jodcur bewirkten in zwei Monaten die Heilung.

85. J. K., 13 Jahre alt. Die Mutter wurde sechs Jahre vorher von mir an Knochensyphilis und einem zerfallenen Gumma der hinteren Rachenwand behandelt. Das Mädchen leidet seit drei Jahren an Ozäna, die das Auseinanderweichen der Nasenfortsätze, der Oberkiefer und ein leichtes Einsinken der Nase zur Folge hatte. Die Jodcur brachte Besserung. Keine fernere Nachricht.

86. R. T., 21 Jahre alt. Die Mutter hat ein übernarbtes Loch in der Nasenscheidewand. Die Patientin bekam im Alter von 15 Jahren Tophi beider Schienbeine, die durch die Jodcur geheilt wurden. Fünf Jahre später trat eine Ozäna auf, welche durch innerlichen und örtlichen Jodgebrauch gebessert wurde, im folgenden Jahre aber recidivirte. Eine mit dem Jodgebrauche verbundene Zittmann'sche Cur bewirkte endlich die Heilung, die auch andauert.

87. M. F., 26 Jahre alt, über deren Eltern keine Nachrichten vorliegen, begann als 14jähriges Mädchen an Ozäna zu erkranken. Eingesunkene Nase, Nekrose des Stirnbeines und des rechten Scheitelbeines, zahlreiche Tophi am Schädel gaben bei ihrer Aufnahme in das Armenbadspital ein recht tristes Bild. Es muss hervorgehoben werden, dass der Process im Laufe von 12 Jahren den Kopf niemals überschritten, dort aber arge Verheerungen angestellt hat.

Die Haller Cur und später Jodkalium in grossen Gaben besserten nach und nach den Zustand. Die Kranke kam dreimal nacheinander nach Hall und ich hatte Gelegenheit, grosse Stücke des Stirnbeines und der Scheitelknochen zu entfernen. Jod wirkte immer prompt und nach der Entfernung der nekrotischen Knochen folgte stets rasche Vernarbung der betreffenden Stelle; bald nach dem Aussetzen der Jodmedication kamen aber wieder neue Tophi zum Vorscheine. Schliesslich wurden die Nachschübe seltener und es schien, als ob sich der Process erschöpft hätte; es entwickelte sich aber Lungentuberculose, an der die Kranke schliesslich zugrunde ging.

Trotz dieses Ausganges dürfen die Erscheinungen dieses Falles doch nicht als tuberculöse Vorgänge, sondern sollen als luetische

betrachtet werden, einmal wegen des ganz charakteristischen klinischen Bildes des syphilitischen Knochenleidens und seines Unterschiedes vom tuberculösen und dann wegen der jedesmaligen raschen Wirkung des Jodgebrauches.

88. F. Z., 16 Jahre alt. Die Mutter hat leichte Spuren von Beinhautentzündungen beider Schienbeine, Druck auf diese Stellen erregt Schmerz und hinterlässt einen Eindruck. Das Mädchen war in der ersten Kindheit sehr schwächlich und ist noch jetzt zart, noch nicht menstruirt. Mit 12 Jahren traten vielfache Tophi der Schienbeine, Oberarme, Schulterblätter, mit 15 Jahren eine Ozäna auf, die wohl noch nicht zu wahrnehmbaren Nekrosen, aber doch schon zur Schwellung und Verbreitung der Nasenwurzel und des Nasenrückens geführt hat.

Eine energische Jodcur brachte die Tophi zum Schwinden und hatte auch einen günstigen Einfluss auf die Ozäna, indem die periostalen Erscheinungen zurückgingen und der Nasenrücken abschwoll, auch die katarrhalischen Symptome sollen im Laufe des Winters und des nächsten Jahres zur Heilung gelangt sein.

89. W. W., 12 Jahre alt. Die Mutter scheint gesund zu sein, vom Vater wird dasselbe gesagt, Tuberculose kam in der Familie nicht vor. Vor einem halben Jahre entstand eine Gonitis d. in Folge von Ostitis der oberen Schienbeinepiphyse, die das Kind nach Bad Hall brachte. Trotz dieser verdächtigen Form hielt ich den Fall für scrophulös, gab aber dem sonst gut genährten Mädchen doch auch innerlich grössere Jodgaben mit bestem Erfolge bezüglich der Gonitis. Als aber im folgenden Jahre auch ihre 10jährige Schwester

90. E. W. kam, die bis zum letzten Winter gesund gewesen war, an welcher sich aber im Laufe von fünf Monaten Tophi beider Schienbeine und ein gummöses charakteristisches Geschwür des weichen Gaumens entwickelt hatten, war kein Zweifel mehr über die Natur der Krankheit, die durch eine zwei Jahre lang fortgesetzte Jodcur bei beiden Schwestern geheilt wurde.

91. F. T., 18 Jahre alt. Beide Eltern haben Lues durchgemacht. Seit drei Jahren leidet das Mädchen an Gummen im Gesichte, die zu charakteristischen Geschwüren zerfallen und an Nekrose des Mittelstückes des Oberkiefers mit den Alveolarfortsätzen der Schneidezähne und Nekrose des harten Gaumens. Zittmann'sches Decoct und Jodcur bewirkten nach Entfernung der todten Knochen die Heilung.

92. A. W., 23 Jahre alt, Waise, kann über ihre früh verstorbenen Eltern keine Angaben machen. Im 14. Jahre schwollen die Diaphysen beider Schienbeine, die noch jetzt nicht normal sind; später waren wohl noch zeitweise wenig beachtete Schmerzen in den Beinen, aber keine sonstige störende Krankheit vorhanden bis zum Frühling 1867, als das 23jährige Mädchen mit Chorioiditis beider Augen und Tophis beider Schultergräten zu mir kam. 36 Einreibungen (à 4 Gramm) und eine energische Haller Cur erzielten binnen drei Monaten die Genesung, die, als die Kranke im nächsten Frühling wieder kam, noch fortbestand.

93.? M. Z., 13 Jahre alt, wohl aussehend, gut genährt, in den besten Lebensverhältnissen lebend, bis zum Beginne ihres Leidens stets

gesund, wurde wegen „Lupus", an dem sie schon seit neun Monaten leide, nach Wien gebracht. v. Dumreicher machte beim ersten Anblicke die Diagnose: Syphilis. Der begleitende Arzt, der die Eltern seit deren Kindheit und die ganze Familie genau kennt, kann es nicht glauben, bringt aber das Mädchen doch nach Hall. Ich fand einen unverkennbar syphilitischen Geschwürsprocess, der einen Theil des rechten Nasenflügels, der rechten Oberlippe mit der unteren Umrandung des rechten Nasenloches bereits verzehrt hatte und schon auf die Nasenscheidewand übergriff. Drüsen waren nicht geschwollen. Eine sogleich bei Beginn der Badecur vorgenommene Schmiercur bewirkte in geradezu rapider Weise die Vernarbung der Geschwürsfläche. Jodkalium wurde noch längere Zeit darnach genommen und die öftere Wiederholung desselben im Laufe der nächsten Jahre dringend empfohlen.

Obwohl alle positive Anamnese fehlt, so ist dieser Fall doch als angeborene Syphilis anzusehen. Gegen eine Primäraffection der Nase, wozu wohl auch jeder anamnestischer Anhaltspunkt fehlt, da auch die Untersuchung des ganzen Hauspersonales ein negatives Resultat ergab, spricht die lange Dauer und die Abwesenheit jedes anderen syphilitischen Symptomes, sogar jeder Drüsenschwellung; für die syphilitische Natur spricht, abgesehen von der charakteristischen Form, auch die schnelle Wirkung der Schmiercur.

Gleichwohl habe ich diesem Falle das Fragezeichen vorgesetzt und bedauere nur, seit fast 20 Jahren nichts mehr von der Patientin erfahren zu haben.

94. F. S., 16 Jahre alt, gut entwickelt. Die Mutter hat mehrmals abortirt, über den Vater ist nichts Wesentliches zu erfahren. Das Mädchen bekam mit 13 Jahren Gummen auf beiden Waden, die zu oberflächlichen Geschwüren deutlich syphilitischen Charakters zerfielen, bald theilweise vernarbten, bald wieder aufbrachen und endlich während der Haller Badecur und des zugleich verordneten Decoctum Zittmanni definitiv heilten.

95.? J. S., 12 Jahre alt, Waise. Ueber die schon vor langer Zeit verstorbenen Eltern fehlt jede Auskunft. Seit drei Jahren schmerzhafte Tophi beider Schienbeine. Die Jodcur bewirkt bedeutende Verkleinerung der Tophi und Aufhören der Schmerzen. Verschollen.

96. F. B., 17 Jahre alt, über deren Eltern Angaben fehlen, hatte seit vier Jahren spindelförmige Auftreibung der linken Schienbeindiaphyse und seit einem Jahre epileptische Anfälle, die immer häufiger wurden und zuletzt mehrmals per Woche auftraten. Während der energischen Jodbehandlung traten die Anfälle nur noch am dritten und zehnten Tage, dann bis zum Schlusse der Cur, d. h. sechs Wochen lang, keiner mehr auf. Verschollen.

97. M. M., 24 Jahre alt, ist die Schwester des Patienten Nr. 52. Der Vater litt vor und während der Ehe an verschiedenen Syphilisformen, zuletzt an specifischer Chorioiditis und starb an Apoplexie; die Mutter leidet noch an Tophis der Schienbeine und des Craniums, sowie an Schwindel und typischen Kopfschmerzen; die jüngere, 22 Jahre alte Schwester kam mit einem syphilitischen Ausschlage zur Welt, wurde

geheilt und ein kräftiges Kind, bis sie im fünften Jahre an gummösen Geschwüren der Mandeln und des Gaumens erkrankte. Sie wurde wieder geheilt und entwickelte sich kräftig. Im 15. Jahre aber kam eine spindelförmige Schwellung der Diaphyse des linken Schienbeines und des rechten inneren Knöchels, die noch bestand, als sie drei Jahre später mit ihrer Mutter und Schwester nach Hall kam, jetzt aber ganz geheilt ist. Unsere Patientin, ihre ältere Schwester, war bei der Geburt ganz gesund und entwickelte sich sehr gut bis zu ihrem siebenten Jahre, als sich specifische Geschwüre am weichen Gaumen einstellten, die, durch drei Monate nicht erkannt, eine umfangreiche Zerstörung desselben veranlassten, deren Spuren jetzt noch als übernarbte Löcher und strangförmige Verwachsungen von Partien des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand sichtbar sind. Eine von Professor v. Zeissl an beiden Schwestern vorgenommene specifische Cur bewirkte die Heilung. Bis zum 20. Jahre war sie nun gesund, als unter heftigen Schmerzen ein Tophus des rechten grossen Trochanters auftrat, der unter energischem Gebrauche von Jod und dann von Roncegnowasser wieder schwand. Früher anämisch, bekam sie nun ein sehr gutes Aussehen und Körperfülle. Nach vier Jahren trat im dritten Monate der ersten Schwangerschaft eine Recidive des Tophus auf, die gegenwärtig wieder das Object einer Jodbehandlung ist.

98.? P. G., 16 Jahre alt, schwächliches anämisches Mädchen. Tophi tibiarum et cranii ex lue congenita seit dem 11. Jahre. Besserung durch die Jodcur. Keine sonstigen Notizen.

99.? C. H., 26 Jahre alt, schwächliches, anämisches Mädchen, deren Vater angeblich gichtleidend, deren Mutter gesund sein soll, ist seit dem 10. oder 11. Jahre leidend. Ueber den ganzen Körper zerstreut finden sich Narben, Geschwüre und Gummen specifischen Aussehens, am rechten Stirnhöcker ein schon erweichter Tophus. Jod in starken Gaben bringt alles zu rascher Heilung und bessert das Aussehen und die Ernährung der Kranken. Da die Patientin nicht mehr Jungfrau war, so wage ich nicht, den Fall trotz der bestimmten Angaben über den frühen Beginn der Kränklichkeit ohne Fragezeichen anzuführen.

100.? T. O., 25 Jahre alt, zart, aber sonst gesund, ist frühzeitig verwaist, hat keine Geschwister und weiss über ihre Eltern keine Angaben zu machen. Eine beträchtliche spindelförmige Auftreibung der Diaphyse des linken Schienbeines und Unebenheit der vorderen Kante besteht seit dem zehnten Jahre. Einige Jahre später entstand eine Entzündung der unteren Epiphyse desselben mit Durchbruch am inneren Knöchel, wo sich noch jetzt die Mündung eines in das Innere des Knochens führenden Hohlganges befindet, der aber auf keinen Sequester führt. Der Hohlgang schliesst sich bisweilen auf längere Zeit und bricht dann wieder unter ganz mässigen Reactionserscheinungen wieder auf. Neuerdings traten heftige Schmerzen in der Diaphyse der Tibia auf. Eine längere Jodcur brachte endlich dauernde Heilung. Ich habe diesen Fall, allerdings mit dem Fragezeichen, hier eingereiht, weil ich nicht selten ganz ähnliche Vorgänge an Individuen beobachtet habe, bei

denen noch ganz unzweifelhaft luetische Symptome vorhanden waren oder nachgekommen sind.

101. L. R., 15 Jahre alt. Der Vater, an welchem in den ersten Jahren seiner Ehe keine Zeichen der vorhergegangenen Syphilis mehr vorhanden waren und der auch seither solche nicht mehr hatte, sondern nur an Polyarthritis leidet, inficirte gleichwohl seine Frau, welche noch jetzt, 25 Jahre nach ihrer Verheiratung, Tophi am Sternum, am Stirnbeine etc. aufweist, die in jüngster Zeit wieder heftige Schmerzen verursachen. Der älteste Sohn ist ganz gesund.

Das Töchterchen war bis zum neunten Jahre ganz gesund. Da traten periostale Schwellungen beider Schienbeine und heftige Kopfschmerzen auf, die der Jodbehandlung wichen, um im 12. Jahre heftiger wieder zu kommen. Wieder half Jod. Im 14. Jahre brach ein papulöses, vielfach confluirendes Exanthem aus, welches das ganze Gesicht mit Ausnahme der Lippen und des Kinnes und einen grossen Theil der behaarten Kopfhaut einnahm, nach einem halben Jahre abblasste und grösstentheils verschwand, aber nach wenigen Monaten wieder in vollster Ausdehnung auftrat. Zugleich stellten sich heftige Knochenschmerzen am Kopfe, denen keine fühlbare Auftreibung entsprach, und in den Schienbeinen und Schlaflosigkeit ein. Eine ausgiebige Schmiercur hatte keinen Erfolg, Decoctum Zittmanni wurde nur kurze Zeit vertragen, Jodkalium wirkte allein und in Verbindung mit Jodbädern ebensowenig und erst Arsenik mit Jod (Jodkalium vor den Mahlzeiten, Solut. Fowleri nach denselben) brachte Linderung. Verschollen.

102. J. M., 10 Jahre alt, soll bisher gesund gewesen sein. Von den Eltern ist nichts bekannt. Seit dem vergangenen Winter symmetrische, sehr schmerzhafte Tophi beider Schienbeine, die durch Jod sehr schnell schmerzlos und verkleinert wurden.

103. H. K., 8 Jahre alt. Der Vater hat in der Jugend Syphilis gehabt, hat noch Reste von Tophis tibiarum und eine alte Leukoplacie der Zungen- und Mundschleimhaut, die Mutter ist gesund. Das in den allergünstigsten Verhältnissen lebende Mädchen war bis zum sechsten Jahre gesund, als eine Gonitis d. in Folge von Ostitis der oberen Epiphyse des rechten Schienbeines entstand, die zur Abscessbildung und zum Aufbruche unter der Tuberositas tibiae führte. Die Sonde fühlte wohl eine Rauhigkeit am Grunde der Knochenfistel, aber keinen beweglichen Sequester. Das Kind gebrauchte zwei Jahre hintereinander die Haller Trink- und Badecur und erholte sich dabei. Als es zum drittenmale — acht Jahre alt — kam, machte ich die Operation. Die Knochenhöhle wurde mit Meissel und Hammer in ausgiebiger Weise geöffnet und kein Sequester, sondern eine ausgedehnte, nicht besonders reichlich mit Granulationen, ohne jede käsige Beigabe gefüllte Höhle gefunden, die gegen den Schaft zu abgeschlossen war und aufwärts bis ganz nahe unter die Gelenksfläche der Tibia reichte, also die ganze Epiphyse einnahm. Nach Entfernung der Granulationen zeigte der Knochen nur stellenweise ganz kleine, mit der Unterlage noch verbundene nekrotische Splitter, stellenweise waren helle, eburnirte Balken und Streifen, das übrige war normaler spongiöser Knochen. Heilung in

drei Monaten; die kranke Tibia war um fast 2 Centimeter länger als die gesunde; nach einem Jahre war die Differenz schon weniger als 1 Centimeter.

104. E. M. lernte ich als Kind von zehn Jahren kennen; damals wurde sie von einer Verwandten, die angab, dass die Eltern gesund seien, aber sonst keine genaueren Auskünfte über sie geben konnte, nach Wien gebracht, wo ich sie zugleich mit Professor Schuh sah. Sie hatte symmetrische Beinhautentzündungen beider Schienbeindiaphysen, auf einer Seite war es bereits zur Bildung eines thalergrossen Geschwüres gekommen. Schuh theilte meine Ansicht, dass wir es mit Lues congenita zu thun haben, und verordnete Jodkalium — 10 Gramm p. die — und dann Hall, wo sie zwei Monate später mit ihrer Erzieherin ankam. Das Geschwür war schon geheilt, die Tophi beiderseits abgeflacht und unempfindlich. Sechs Jahre später kam sie wieder mit einer Recidive des Knochenleidens an den früheren Stellen und Gummen und Geschwüren an den Waden. Die Heilung erfolgte wieder vollständig. Im Alter von 26 Jahren kam die Patientin, die zwei Jahre früher geheiratet hatte, wieder nach Bad Hall, weil sich an den alten Stellen in jüngster Zeit wieder Schmerzen eingestellt hatten. Zugleich zeigte sie mir ihre Nase, die äusserlich vollkommen wohlgebildet und normal, aber für Luft überhaupt schwer, bei Schnupfen gar nicht durchgängig war. Da fand ich die rechte Nasenhöhle, circa 1 Centimeter weit vom Nasenloche entfernt, durch eine von der unteren Nasenmuschel schief nach innen und unten streichende, mit der Scheidewand verbundene, dicke, häutige, zum grössten Theile mit Schleimhaut überkleidete Membran so verschlossen, dass nur unten und innen eine ganz dünne Sonde in die Nasenhöhle gelangen konnte. Die Dicke dieser Membran beträgt 3 bis 4 Millimeter. Links war ein ähnlicher Verschluss vorhanden, die Oeffnung in den unteren Nasengang aber weiter, so dass ein mittlerer Katheter passiren konnte. Die Patientin gab an, dass sie den betreffenden Krankheitsprocess vor vier Jahren durchgemacht habe. Jod wurde auch damals mit Erfolg gegeben und that auch diesmal wieder gegen die Schmerzen an den Schienbeinen seine Schuldigkeit. Die Patientin erhielt den Auftrag, fortan alljährlich zweimal — im Frühling und im Herbst — durch zehn Tage täglich je 1 Gramm Jodkalium zu nehmen.

105. J. M., 14 Jahre alt, stammt aus einer luetischen Familie, denn auch ihre älteren zwei Schwestern, die in den nächsten Nummern erscheinen, leiden an Lues. Sie sind schöne, kräftige weibliche Wesen und auch die jüngste Schwester — Virgo intacta — sieht blühend aus, obwohl sie schon seit zwei Jahren an Tophis der Schienbeine und des linken Scheitelbeines, sowie an zunehmender Schwerhörigkeit leidet. Ihre Kranheit muss als congenitale Lues anerkannt werden. Wenn auch bei ihrer verheirateten Schwester

106. Frau A., 22 Jahre alt, die Möglichkeit einer Ansteckung durch den Gatten, der übrigens ganz gesund zu sein scheint, theoretisch nicht ausgeschlossen scheint, so ist doch bei dem Fehlen aller sonstigen Zeichen von Lues und bei dem Umstande, dass schon vor der Verheiratung zeitweise Schmerzen in den noch aufgetriebenen Schienbeinen

und sonst niemals andere syphilitische Symptome aufgetreten sind, die grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass auch die Tophi der beiden achten Rippen und des Brustbeines, an denen sie seit einem halben Jahre leidet, nur Producte der Familienlues seien. Dasselbe gilt von der ältesten der drei Schwestern

107. A. M,, 28 Jahre alt, die an einen Vetter verheiratet ist. Sie hatte schon lange Zeit vor ihrer Verehelichung Tophi beider Schienbeine; seit sieben bis acht Monaten entwickelte sich das Leiden, das sie nach Bad Hall brachte: ausgebreitete, mit dicken, speckigen Schwarten belegte Geschwüre der linken Kniekehle und der linken Wade, daneben derbspeckige, gelbliche, in die Gewebslücken nach verschiedenen Richtungen hinein reichende und festsitzende nekrotische Exsudatmassen, sowie noch nicht zerfallene, gummöse Geschwülste in der Umgebung der linken Knieschneibe, von welcher aus wulstige Infiltrate rückwärts ziehen. Sie bekam Decoctum Zittmanni zugleich mit einer ausgiebigen Schmiercur (28 Einreibungen à 4 Gramm) und den Jodbädern und wurde geheilt. Bei ihren Schwestern genügte eine energische Jodcur.

108. F. H., 18 Jahre alt. Der Vater hat vor der Ehe Lues durchgemacht, die Mutter starb plötzlich. Bei der Patientin, die gross, kräftig, regelmässig menstruirt, von etwas lymphatischem Habitus ist, entwickelten sich im Alter von $16^1/_2$ Jahren gummöse Zellgewebsgeschwülste ober der linken Kniescheibe, die zerfielen und zu ihrer Heilung sieben Monate brauchten. Die hinterlassenen Narben sind von charakteristischer Form und Pigmentirung. Sechs Monate nach deren Heilung erfolgte die Bildung eines gleichen Infiltrates am unteren Rande der Kniescheibe, dessen Hautdecke, als ich es sah, bereits zerfallen war. Eine rundliche, $3^1/_2$ Centimeter im Durchmesser haltende, gelbe, dichte, speckige, etwas feuchte Exsudatmasse, die abgestorben, aber nicht besonders übelriechend war und der Unterlage noch fest anhaftete, lag vor. An den Rändern war sie durch eine circa 2 Millimeter breite Demarcationsfurche von der gesunden Umgebung abgegrenzt. Diese granulirte und war sehr empfindlich. Innnerlich Jodkalium, äusserlich Jodoformpulver und Jodoformsalbe, dann die Haller Cur brachten nach viermonatlicher Dauer endlich die Genesung, die meines Wissens seither nicht mehr gestört wurde.

109. R. R., 21 Jahre alt, blühend, kräftig, Virgo. Ihre ältere Schwester ist ganz gesund. Die Mutter, die selbst angibt, dass ihr Gatte einst angesteckt war, hat seit Jahren öfters Schmerzen in den Schienbeinen, deren Beinhaut am Uebergange des mittleren Drittels in das untere etwas geschwollen ist; der Druck daselbst erregt Schmerz und hinterlässt einen Eindruck. Bei der früher stets gesunden Tochter, deren ältere Schwester ganz gesund ist, entwickelte sich binnen sieben Monaten an der Aussenseite des rechten Oberarmes ein grosses, ovales Gumma des Oberarmes, das an der Insertionsstelle des M. deltoides seine grösste Höhe hatte. Es war sehr empfindlich bei Berührung und auch spontan so schmerzhaft, dass es der Kranken schlaflose Nächte bereitete. Durch eine sehr kräftige Jodcur innerlich und äusserlich wurde binnen sechs Wochen die Verkleinerung der Geschwulst und das

Aufhören der Schmerzen bewirkt. Im Herbste spitzte sich das untere Ende des Gummas zu, es brach auf, wobei sich nur ganz wenig Eiter entleerte und heilte bei Wiederholung des Jodgebrauches definitiv zu, und als die Kranke im nächsten Sommer wieder kam, war die Geschwulst vollständig verschwunden. Dagegen hat sich im Frühling der gleiche Process an der linken Schultergräte entwickelt, der aber der Jodcur bald wich.

110. J. H., 16 Jahre alt, ein zartes, schlankes, blasses, sehr lebhaftes Mädchen, in den besten Lebensverhältnissen. Der Vater hat als junger Mensch Syphilis durchgemacht, die Mutter, stark skoliotisch, war ebenso wie zwei ältere Brüder gesund. Im 14. Jahre entstand unter Schmerzen eine Schwellung der oberen Epiphyse des linken Schienbeines an der Tuberositas tibiae — ein flacher Tophus. Jodeisen und Leberthran brachten Besserung der Schmerzen, aber keine Resorption. Im nächsten Jahre war Ruhe. Im dritten Jahre kam sie nach Bad Hall, weil im Winter eine spindelförmige Schwellung beider Schienbeindiaphysen aufgetreten war, die am linken Schienbeine, dessen obere Epiphyse noch geschwollen war, durch eine daumenbreite Strecke normalen Knochens von der oberen Schwellung getrennt war. Am rechten Schienbeine war die vordere Kante und die innere Seite des Mittelstückes nur in der Länge von 5 Centimeter geschwollen und beim Drucke sehr empfindlich, die Haut an beiden Beinen normal. Ich behielt die Patientin durch Jahre hindurch in Beobachtung. Jodcuren hatten immer guten Erfolg, konnten aber, mit Ausnahme des Haller Jodwassers, nie längere Zeit fortgesetzt werden, da der Magen sehr bald Einsprache erhob. Dazwischen wurde, der Anämie wegen, immer wieder Eisen gegeben und da die Verhältnisse gestatteten, in Bezug auf Ernährung und Aufenthalt alles zu thun, was der Gesundheit dienlich war, so war es doch möglich, immer und immer wieder kleine Jodcuren zu gebrauchen. Im Laufe von sechs Jahren war endlich der Process abgethan. Die Schienbeine trugen zwar noch immer die Zeichen der früheren Tophi, aber diese waren verkleinert, vollkommen unschmerzhaft und die Kranke, die inzwischen ein blühendes Aussehen gewonnen hatte, wurde durch sie in keiner Weise mehr gestört. Sie heiratete und wurde eine beleibte, wohl aussehende Frau, der aber der Kindersegen versagt blieb. Seit zehn Jahren habe ich nichts mehr von ihr erfahren.

111.? F. S., 28 Jahre alt. Die Eltern sollen gesund gewesen sein, auch die Kranke war angeblich ein ganz gesundes Mädchen, das im 19. Jahre einen kräftigen Mann, der jede luetische Erkrankung in Abrede stellt, heiratete. Während der ersten Schwangerschaft trat eine Keratitis parenchymatosa beider Augen auf, deren Spuren noch sichtbar sind; das Kind, ein kräftiges Mädchen, ist noch heute gesund, ebenso wie die beiden jüngeren Kinder. Im 25. Jahre kam die Kranke wegen Tophis an beiden Stirnhöckern und am linken Scheitelbeine. Sie war im fünften Monate schwanger. Wegen der Heftigkeit der Schmerzen bekam sie neben der Trink- und Badecur grössere Gaben Jodcalium mit dem besten Erfolge, so dass sie scheinbar geheilt nach Hause zurückkehrte. Sie wiederholte das Jodkalium noch öfters während

des Herbstes und gebar am normalen Schwangerschaftsende einen kräftigen, makellosen Knaben, der auch gesund blieb. Drei Monate später traten wieder Kopfschmerzen und Schwindelanfälle auf. Sie erhielt sogleich 2 Gramm Jodkalium pro Tag, aber schon zwei Tage darauf trat ein apoplektischer Anfall ein; Aphasie, Parese der rechten Zungen- und Gesichtshälfte, vollständige Lähmung der rechten Extremitäten; das Bewusstsein soll gar nicht getrübt gewesen sein. Sogleich wurde eine starke Schmiercur eingeleitet und zugleich Jodkalium in grösseren Gaben verordnet. Während dieser Cur (40 Einreibungen à 4 Gramm) verschwand die Zungenlähmung, das Sprachvermögen aber war noch lange wegen Störung des Wortgedächtnisses mangelhaft und es brauchte ein Jahr, bis es so ziemlich zurückkehrte, aber heute noch, nach drei Jahren, ist die Sprache noch langsamer und wortarmer als früher. Dabei war klar festzustellen, dass das gehörte oder gelesene Wort genau verstanden wurde, wenn es auch gerade dasjenige war, welches die Kranke vorher selbst nicht hatte finden können. Wenn sie z. B. mitten in einem kurzen Satze aufhören musste, weil sie das gewünschte Wort nicht fand, und man errieth redend oder schreibend dasselbe, so sagte sie lebhaft „ja", im Gegentheile „nein"; ebenso konnte sie alles anstandslos, wenn auch nur langsam, lesen und verstand das Gelesene. Die Lähmung der unteren Extremität besserte sich sehr wesentlich, doch ist der Gang noch immer schleppend, die der oberen Extremität blieb ungebessert trotz Allem, was angewendet wurde.

Zu bemerken ist, dass bisher bei keinem der Kinder, auch nicht bei dem kurz nach dem apoplektischen Anfalle geborenen, irgend ein Symptom von Syphilis vorgekommen ist. Dieses hatte wohl im Mutterleibe während der Jodcur der Mutter auch Jod bekommen; aber auch die früher geborenen blieben frei. Ich glaube, dass dies kaum der Fall wäre, wenn der Vater an der Lues der Mutter schuld wäre und daher erscheint mir seine bestimmte Aussage, dass er nie Syphilis gehabt habe, glaubwürdig. Andererseits spricht nicht nur seine Ueberzeugung, dass seine Frau über jedem Verdachte, die Syphilis selbst erworben zu haben, sondern auch der Umstand, dass bei ihr niemals an einer anderen Stelle des Körper als am Kopfe, d. h. an den Augen, den Schädelknochen und den Hirngefässen je Zeichen von Lues aufgetreten sind, dafür, dass wir es hier mit congenitaler Spätsyphilis zu thun haben.

112.? C. Ö., 17 Jahre alt. Der Vater hat in der Jugend Syphilis gehabt, war aber seither angeblich gesund, die Mutter starb an Tuberculose. Das Mädchen, Jungfrau, von Kindheit an kränklich, anämisch, noch unregelmässig menstruirt, kam mit einer, im letzten Winter entstandenen Auftreibung der Diaphyse der rechten und einem zerfallenen, sphacelös aussehenden Tophus der linken Ulna und Gummen an beiden Vorderarmen in meine Behandlung. Unter guter Kost, Eisen und Jod und einer längeren Badecur heilten die Geschwüre. Im nächsten Winter kam eine leichtere Recidive an beiden Ulnis, die in Hall wieder beseitigt wurde. Im folgenden Frühling traten, wie ich später erfuhr, Fraisenanfälle und später Hydrops auf und das Mädchen ging zu

grunde. Ich habe diesem Falle trotz des anamnestischen Momentes von Seiten des Vaters das Fragezeichen vorgesetzt, da ja die Möglichkeit, dass hier Tuberculose mitgespielt habe, nicht geradezu in Abrede gestellt werden kann.

113. G. S., 16 Jahre alt, weiss wohl über ihre Eltern keine genauen Angaben zu machen, erzählt aber, dass sie als kleines Mädchen noch gesund gewesen und dass mehrere ihrer Geschwister in ähnlicher Weise, nur in geringerem Grade, leiden wie sie. Sie ist der Typus eines durch angeborene Lues verkümmerten Wesens. Vielfache Tophi und zerstreute kleine Nekrosen der enorm aufgetriebenen Schienbeine und die ganz eingesunkene Nase, in der keine Spur des knöchernen Gerüstes mehr nachzuweisen, geben ein charakteristisches Bild. Eine starke Jodeur gestattete, sie gebessert zu entlassen. Verschollen.

114.? R. B. 16 Jahre alt. Ueber die Eltern liegt nichts vor. Im Alter von 14 Jahren entwickelte sich ein gummös-ulceröses Syphilid auf beiden Gesichtshälften und auf der Beugeseite des linken Vorderarmes, das durch innerlichen und äusserlichen Jodgebrauch zur Heilung kam.

115. C. B.? 14 Jahre alt, die Schwester der Vorigen, bekam mit 12 Jahren eine Beinhautentzündung der Diaphysen beider Schienbeine, dem sich später ein Gumma in der Wade zugesellte. Im letzten Frühling kam es am Tophus des rechten Schienbeines zur Bildung eines charakteristischen Geschwüres und ebenso an der Wade. Auch hier wurde durch innerlichen und äusserlichen Jodgebrauch in zwei Monaten die Heilung bewirkt.

116. A. S., 16 Jahre alt, ein wohlgenährtes, lymphatisch aussehendes Mädchen, die Schwester des Patienten Nr. 2, erkrankte wie dieser im Alter von 9 bis 10 Jahren an Ozäna und durch zwei Jahre an heftigen Kopfschmerzen. Die Form der Nase ist nicht, wie bei ihrem Bruder, entstellt, aber der Ausfluss noch immer übelriechend, die Ozäna grösstentheils im atrophischen Stadium. Eine energische Jodcur besserte das Leiden, das jetzt, wie ich erfuhr, geheilt sein soll. Ihr Krankheitsbild würde an sich nicht zur Diagnose Lues congenita berechtigen, wenn nicht das gleiche Leiden bei ihrem Bruder durch andere Momente in unzweifelhafter Weise als congenital-luetisch charakterisirt würde.

117. M. Z., 23 Jahre alt, das vierte von sieben Geschwistern, von denen vier — zwei Brüder Nr. 53 und 54 — und eine jüngere Schwester — Nr. 117 — an Lues congenita tarda litten, das älteste und die zwei jüngsten aber bisher frei blieben. Die Mutter ist ihrer Angabe und allem Anscheine nach gesund, es werden keinerlei Anzeichen einer früheren Erkrankung angegeben; den Vater bekam ich nicht zu Gesichte. M. Z., mit 14 Jahren menstruirt, Virgo, soll bis zu ihrem 16. Jahre gesund gewesen sein, als zuerst Schwellung der Hals- und Nackendrüsen, im 21. Jahre Nasen- und Rachengeschwüre, im 23. Jahre — sechs Monate, bevor ich sie sah — Keratitis parenchymatosa, Iritis und Cyklitis am linken Auge und vier Monate darauf der gleiche Process am rechten auftrat. Die bisherige fachgemässe Behandlung hatte die Entzündungserscheinungen am linken Auge beseitigt

und die Hornhauttrübung bedeutend gebessert, der Process im rechten Auge aber war noch im Fortschreiten. Da auch mir eine verstärkte Jodcur, Unguentum cinereum auf die Stirn und Einträufelungen von Atropin und später Duboisin keinen Erfolg brachten, wurde eine regelmässige Schmiercur unter Fortsetzung der früheren Behandlung angewendet, unter welcher endlich eine so wesentliche Besserung eintrat, dass bei der Entlassung die Entzündungserscheinungen verschwunden und die Trübung so sehr vermindert war, dass sie das Sehen wenig mehr behinderte.

Den gleichen Process hat auch ihre jüngere Schwester

118. T. Z., im 14. Jahre durchgemacht. Bei dieser waren im 12. Jahre zahlreiche Geschwüre in der Umgebung des rechten Knies und am Fusse als erstes Symptom vorausgegangen. Sie ist jetzt geheilt.

119.? M. S., 14 Jahre alt. Die Mutter ist frühzeitig, der Vater vor sechs Jahren an Peritonitis gestorben. Das blühend aussehende Mädchen war bis zum 11. Jahre gesund, als ein Kopfausschlag — der Beschreibung nach Ekzem — und ein chronischer Schnupfen und im 12. Jahre Iritis beider Augen auftrat. Diese wurde geheilt. Ein Jahr später kam eine linksseitige Iritis, die im folgenden Frühling recidivirte und wieder geheilt wurde. Das Nasenleiden hat sich aber nicht gebessert, sondern ist fortgeschritten und stellt eine ausgebildete Ozäna mit starker Schleimhautschwellung und übelriechendem Secrete dar. Die Haller Cur, unterstützt durch Einpinselung von Lapislösung (1 : 5) brachte Besserung.

120. W. J., 7 Jahre alt. Nach der Aussage der Begleiterin ist der Vater angeblich gesund und litt die Mutter unmittelbar vor der Hochzeit an doppelseitiger Schwellung und Abscedirung der Leistendrüsen. Das erste Kind starb im dritten Lebensmonate an Lues (Tophi der Kopfknochen und Schienbeine und Hautgeschwüre), das dritte Kind an derselben Krankheit im fünften Lebensmonate. W. J. ist das zweite Kind dieser Ehe, zart, aber normal entwickelt und bis zum sechsten Jahre waren trotz aller Aufmerksamkeit keinerlei Zeichen der Familienkrankheit bemerkbar, bis sich in diesem Alter eine schmerzhafte Schwellung zuerst der oberen Epiphyse des rechten und einige Monate später auch der Diaphyse des linken Schienbeines entwickelte. Die Trink- und Badecur in Hall beseitigte die Schmerzen und verminderte die Schwellung. Der Fortgebrauch von Jod wurde empfohlen; über den weiteren Verlauf habe ich noch keine Nachrichten.

121. B. F., 15 Jahre alt, schlank, gross, zart gebaut. Die Mutter ist gesund, über den Vater fehlt eine positive Auskunft, es scheint aber aus den Angaben der Mutter hervorzugehen, dass er Lues gehabt habe. Die Patientin war bis zum Beginn des 15. Lebensjahres, die gewöhnlichen Kinderkrankheiten ausgenommen, ganz gesund, als sie acht Monate nach dem Eintritte der seither regelmässigen Menstruation eine heftige Keratitis parenchymatosa mit Cyklitis am rechten Auge bekam, deren Verlauf den behandelnden Augenarzt zur Anwendung einer Schmiercur und dann einer Jodcur veranlasste, wodurch

binnen drei Monaten die Heilung erzielt wurde, so dass an diesem Auge subjectiv keine, objectiv nur bei seitlicher Beleuchtung eine schwache Trübung der Hornhaut wahrgenommen wird. Zwei Monate später kam es zum gleichen Processe am linken Auge, der die Patientin bald darauf nach Bad Hall brachte, von wo ich sie nach sechs Wochen ohne Reizungszustand des Auges der Heilung ganz nahe entlassen konnte. Seither habe ich keine Nachrichten.

122. A S., 12 Jahre alt. Der Vater hatte vor der Ehe Lues. Die Patientin ist das zweite von fünf Kindern — ihre vier Geschwister sind bis jetzt gesund — war seit ihrer zartesten Kindheit immer schwächlich und auffallend blass; im dritten Jahre hatte sie „Geschwüre" am After und an der Vulva, die vom Hausarzte örtlich mit Lapis, innerlich mit Kalomel behandelt wurden. Im Alter von 11 Jahren trat eine Gonitis und einige Monate später eine Keratitis parenchymatosa d. mit Reizzuständen der Uvea auf, die nach den mir gewordenen Mittheilungen nur örtlich behandelt wurden. Als ich die Kranke, ein blasses, nicht schlecht genährtes Mädchen mit leichter Hutchinson'scher Zahnbildung, im folgenden Sommer in Behandlung bekam, war eine Ostitis der oberen Epiphyse des rechten Schienbeines und eine davon bedingte Synovitis genu, sowie eine rechtsseitige Keratitis mit mässiger Cyklitis vorhanden. Energische Jodbehandlung innerlich und äusserlich beseitigten die Synovitis und Schmerzhaftigkeit des Knies, die Knochenauftreibung verminderte sich und ebenso besserte sich unter Quecksilber-Stirnsalbe und Atropineinträufelungen die Keratitis wesentlich. Ein Nachschub machte zu Hause eine Schmiercur nöthig, durch welche die Reizerscheinungen und die Trübung der Hornhaut bis auf einige Flecken beseitigt wurden.

123. A. H., 16 Jahre alt. Der Vater hat als junger Mann Lues durchgemacht und behauptet, seither keine Zeichen der Krankheit mehr beobachtet zu haben. Er war dreimal verheiratet. Von der ersten Frau wurde ein Kind im siebenten Monate todt geboren. Von der zweiten hatte er ein Mädchen, das sehr schwächlich war und sechs Wochen nach der Geburt an Fraisen starb. Von der dritten Frau bekam er acht Kinder: das älteste, unsere 16jährige Patientin, dann zwei Kinder im Alter von 13 und 9 Jahren, die ganz gesund sind, ein 5jähriges, hochgradig rhachitisches Mädchen und endlich zwischen diesen vier Kinder, die sonst gesund gewesen sein sollen und an verschiedenen acuten Krankheiten starben.

A. H. ist ein gut aussehendes, ihrem Alter entsprechend entwickeltes, aber noch nicht menstruirtes Mädchen, an dem man deutlich Hutchinson'sche Zahnbildung leichteren Grades bemerkt. Im 13. Jahre bekam sie einen „Stockschnupfen", der noch nicht beseitigt ist; im 15. Jahre trat eine doppelseitige Keratitis parenchymatosa auf. Bei der Aufnahme ergibt sich, dass die Ozäna bereits in das atrophische Stadium getreten ist, die Nasenscheidewand ist gerade, die Nasenhöhlen weit, die Muscheln klein und flach, das Secret nicht besonders reichlich, beiderseits leicht zu dünnen, zusammenhängenden Krusten

vertrocknend, etwas übelriechend. Die Nasenwurzel ist breit, etwas eingesunken, die Nasenlöcher weit und das Gesicht hat durch die Stellung und Form der Nase den charakteristischen Ausdruck, der bei luetischer Ozäna relativ häufig beobachtet wird. Die Trübungen beider Hornhäute diffus, nur im äusseren unteren Quadranten des rechten Auges befindet sich ein dichterer, weissgelber Fleck; geringer Reizungszustand. Ausgiebige Jodcur, Atropineinträufelung in die Augen, Auspinselung der Nasenhöhlen, anfangs mit Jodtinctur, später mit Höllensteinlösung bringen während sechs Wochen eine bedeutende Besserung beider Leiden. Als ich das Mädchen im nächsten Jahre wieder sah, waren die Hornhäute bis auf den Fleck im rechten Auge rein und die Ozäna so sehr gebessert, dass sich nur sehr selten mehr Krusten bildeten und der üble Geruch nur nach längerer Vernachlässigung und auch da nur unbedeutend auftrat. Die Wiederholung der Haller Cur und der localen Behandlung brachte Heilung, die aber in jüngster Zeit durch eine Recidive der Keratitis gestört wurde.

124. S. F., 42 Jahre alt. Die Mutter, eine 67jährige Frau, leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Geschwürsprocessen des Septum narium und den rechten unteren Muscheln und an typischen Kopfschmerzen, die schon früher oft vorhanden waren. Jod innerlich und äusserlich hat im ersten Sommer den ganzen Process geheilt, erst im nächsten Frühling kam eine Recidive, die wieder nach der gleichen Behandlung schwand. Der Vater soll ein gesunder Greis sein.

Die Tochter, F. F., die nur ihrer Mutter und ihres Sohnes wegen nach Bad Hall kam, hat angeblich in ihrem 20. Jahre, nachdem sie früher immer gesund war, eine Ozäna durchgemacht, in deren Folge die Nase entstellt wurde: der knöcherne Nasenrücken ist unversehrt, der obere Theil der knorpeligen Nase aber etwas eingesunken, eine Veränderung, die ja nach Ozäna nicht selten ist. Eine Durchlöcherung des Septums ist nicht nachzuweisen, die tieferen Partien der Nase aber, der Deformität wegen der Untersuchung mit dem Spiegel nicht zugänglich, scheinen heil zu sein. Jedenfalls ist der Process schon seit Langem abgelaufen. Ihr Sohn, dessen Vater kräftig sein soll, kam zuerst als 10jähriger Knabe mit Coryza und Anschwellungen der Unterkiefer-, Hals- und Nackendrüsen in meine Behandlung. Zeitweise kam es zur Vereiterung einzelner Drüsen und zu Abscessen, die durch entsprechende Behandlung zur Heilung gebracht wurden. Das Drüsenleiden kam erst im 20. Jahre zur Ruhe. Im 17. Jahre entwickelte sich ein Gumma am unteren Augenwinkel — in der Thränenbeingegend — mit fungöser Granulationswucherung, das endlich durch Ausschaben und energische Anwendung des Lapisstiftes geheilt wurde. Der junge Mann gedieh übrigens während dieser verschiedenen localen Leiden sehr gut. Wir haben an ihm den Process in der dritten Generation mit scrophulösen Symptomen, die wohl auf die Lues der Grossmutter und die Lues congenita der Mutter zurückgeführt werden dürfen, zumal aus den Lebensverhältnissen des Kranken kein Erklärungsgrund für ihr Entstehen abgeleitet werden kann.

125. C. B., 26 Jahre alt, Virgo. Sie hat zwei Brüder: der ältere, 39 Jahre alt, leidet ihren Angaben nach seit zehn Jahren an heftigen „Gliederschmerzen", der Andere, 35 Jahre alt, bekam vor zwei Jahren eine der ihrigen ähnliche Augenentzündung. Ihre Mutter hat theils vor, theils nach der Geburt der Patientin 14 Fehlgeburten durchgemacht und ist in Folge der letzten gestorben. Ihr Leiden begann erst im 20. Jahre mit heftiger Entzündung beider Schienbeine, wegen welcher sie zwei Monate lang bettlägerig war; hierauf entwickelte sich eine Keratitis parenchymatosa mit heftiger Betheiligung des Uvealtractus und Bildung ausgebreiteter Leukome.

Der Process dauerte im Ganzen, mit Unterbrechungen, fünf Jahre und erst seit einem Jahre scheint Ruhe zu sein, so dass Herr Professor v. Reuss im vergangenen Jahre zur Tätowirung der Leukome schreiten konnte, durch deren Gelingen die durch diese bedingte Entstellung der Augen behoben wurde. Die Ostitis tibiarum ist vor zwei Jahren wieder heftiger aufgetreten, seit der letzten Haller Cur aber scheint auch hier Heilung eingetreten zu sein. Die Zähne sind nicht abnorm.

126. H. K., 11 Jahre alt. Der Vater hatte vor der Ehe Lues, die örtlich und innerlich behandelt und bald geheilt wurde. Seither ist er immer gesund; seine Frau blieb gesund. Das erste Kind, reif, wurde todt geboren und war schon einige Zeit vor der Geburt todt; das zweite Kind, jetzt ein Mädchen von 18 Jahren, war stets gesund; das dritte eine weibliche Frühgeburt im sechsten Monate, das vierte ist unsere Patientin, das fünfte starb sogleich nach der Geburt. H. K. war von der Geburt an bis zum siebenten Jahre immer gesund, als eine Keratitis parenchymatosa des linken Auges, sieben bis acht Monate darauf Keratitis des rechten, im neunten Jahre dieselbe wieder am linken und im 11. Jahre eine neue Recidive kam. An diesem Auge, das noch leidend ist, sind Synechien und bedeutende Trübungen vorhanden, während diese am rechten grösstentheils geschwunden sind und das Sehen hier wenig beeinträchtigt ist. Die Zähne zeigen Hutchinson'sche Veränderungen niederen Grades, das Gehör ist normal, im neunten Jahre aber war eine sechs bis sieben Monate dauernde Ozäna vorhanden.

127. S. N., 7 Jahre alt, mit etwas keilförmigen, sonst gesunden Zähnen, die Schwester des Patienten Nr. 56, bekam genau zu gleicher Zeit mit ihrem Bruder Keratitis ambilat. mit starker Uvealbetheiligung und noch grösserer und dichterer Trübung als jener. Auch hier trat schon unter dem Gebrauche der Schmiercur und Jodcur eine sehr wesentliche Besserung, Verschwinden aller Reizerscheinungen und sehr sichtbare Aufhellung der Hornhäute auf, so dass bei ihrer Abreise die Sehstörung nur mehr geringfügig war.

K. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.





